

**“ALCANCES OBTENIDOS ENTRE LOS AÑOS 2011-2015 CON LA IMPLEMENTACIÓN
DEL PROGRAMA ODONTOLÓGICO PARA EL BEBÉ, SEGÚN INICIATIVA DEL
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y LAS CLÍNICAS
ODONTOLÓGICAS DEL NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”**

Tesis presentada por

JAQUELINE EDITH HERRERA ALVAREZ

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala
que practicó el Examen General Público previo a optar al título de

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, septiembre de 2,016

**“ALCANCES OBTENIDOS ENTRE LOS AÑOS 2011-2015 CON LA IMPLEMENTACIÓN
DEL PROGRAMA ODONTOLÓGICO PARA EL BEBÉ, SEGÚN INICIATIVA DEL
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y LAS CLÍNICAS
ODONTOLÓGICAS DEL NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”**

Tesis presentada por

JAQUELINE EDITH HERRERA ALVAREZ

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala
que practicó el Examen General Público previo a optar al título de

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, septiembre de 2,016

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

| | |
|----------------|--|
| Decano: | Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles |
| Vocal Primero: | Dr. Edwin Oswaldo López Díaz |
| Vocal Segundo: | Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos |
| Vocal Tercero: | Dr. Jorge Eduardo Benítez De León |
| Vocal Cuarto: | Br. José Rodrigo Morales Torres |
| Vocal Quinta: | Br. Stefanie Sofía Jurado Guilló |
| Secretario: | Dr. Julio Rolando Pineda Córdón |

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

| | |
|----------------|--|
| Decano: | Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles |
| Vocal Primero: | Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos |
| Vocal Segundo: | Dr. Robin Fausto Hernández Díaz |
| Vocal Tercera: | Dra. Alma Lucrecia Chinchilla Almaraz |
| Secretario: | Dr. Julio Rolando Pineda Córdón |

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS, Por ser mi luz y guía, mi alegría, quien me enseñó que ante las adversidades siempre estará conmigo.
- A MI MADRE, Aura Marina Alvarez Rosales, por estar siempre a mi lado y enseñarme que su amor es infinito, por ser mi amiga y mi incondicional, todo esto y mucho más es para usted, la amo.
- A MI PADRASTRO, Víctor Hugo Escobar, nunca dejaré de agradecerle todo lo que ha hecho por mí y mi familia porque aunque la sangre no nos une sé que el amor sí.
- A MI TIO, Salvador Alvarez Rosales, porque sin usted todo esto no sería posible. Fue, es y seguirá siendo el padre que me ayudo a encontrar mi camino en los momentos más difíciles, gracias por apoyarme desinteresadamente, lo amo.
- A MI PADRE, Edy Estuardo Herrera Rojas, porque Dios permitió que usted me diera la vida.
- A MIS HERMANOS, Jarol, Rocio y Camila, los amo con todo mi corazón sin ustedes mi vida no tendría sentido, gracias por todo su amor, los adoro.
- A LA FAMILIA, Alvarez Rodríguez, gracias tíos y prima por su apoyo, los quiero.
- A MI FAMILIA, Tíos, primos y abuelos gracias por su apoyo y amor incondicional.
- A MIS AMIGOS, Gracias por todos los años juntos, por su amistad sincera en las buenas y en las malas, cada uno es especial en mi corazón.

A MIS MAESTROS, Por compartirme sus conocimientos y ser parte importante en mi formación profesional, les estaré eternamente agradecida.
Con especial cariño a la Dra. Julieta Medina de Lara gracias por sus consejos.

A MIS PACIENTES, Gracias por la confianza brindada hacia mi persona, los aprecio.

A USTED, Por su presencia tan importante en este día.

TESIS QUE DEDICO

A DIOS

Por permitirme culminar una etapa más de mi vida.

A MI FAMILIA

Por ser mi alegría y quienes me impulsan a ser una mejor persona.

A MI PATRIA GUATEMALA

Tierra que me vio nacer.

A MI CASA DE ESTUDIO SUPERIOR:

A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Por ser forjadores de mis conocimientos profesionales.

A MI COMPAÑERA DE TESIS

Dra. Emilsa Maricel Escobar Lucero, te agradezco por tantos años de amistad, por compartir este logro y porque más que mi amiga sos como mi hermana.

A MI ASESORA DE TESIS

Dra. Alma Lucrecia Chinchilla Almaraz por su orientación, ayuda y paciencia brindada durante este trabajo de investigación, la aprecio mucho.

A MIS AMIGOS

A MIS PADRINOS

A USTED POR SU PRESENCIA

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado **“ALCANCES OBTENIDOS ENTRE LOS AÑOS 2011-2015 CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA ODONTOLÓGICO PARA EL BEBÉ, SEGÚN INICIATIVA DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL NIÑO SANO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”** Conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Y ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| SUMARIO | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| ANTECEDENTES | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 6 |
| JUSTIFICACIÓN | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 8 |
| OBJETIVOS | 38 |
| HIPOTESIS | 39 |
| VARIABLES | 40 |
| METODOLOGIA | 47 |
| RESULTADOS | 50 |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 62 |
| CONCLUSIONES | 65 |
| RECOMENDACIONES | 66 |

| | |
|-------------------------------|-----------|
| LIMITACIONES | 67 |
| ÉTICA EN INVESTIGACIÓN | 68 |
| BIBLIOGRAFÍAS | 69 |
| ANEXOS | 73 |

I. SUMARIO

El presente estudio se realizó con el objeto de establecer los alcances en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011 – 2015.

Las clínicas odontológicas del niño sano del Hospital Roosevelt son de suma importancia para la comunidad, no se les ha dado la importancia que amerita por el personal de salud debido a que las acciones de salud en el país van más enfocadas en la curación que en prevención. Se debe fortalecer la promoción de salud odontológica y la calidad de atención pública tomando medidas que den respuesta a las necesidades de los pacientes pediátricos que ahí asisten.

Se trabajó con una muestra de 41 pacientes pediátricos comprendidos entre las edades de 1 hasta 8 años de edad, que desde meses de nacidos asistieron a la Clínicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt. A los pacientes se les realizó un examen clínico para determinar la prevalencia de caries dental por medio de ICDAS, CPO y ceo. Además, los padres y/o encargados contestaron una evaluación acerca de conocimientos y prácticas de salud oral que emplean con sus hijos y marcaron unos aspectos con la metodología PNI (positivos, negativos e interesantes).

Según el análisis estadístico realizado mediante medidas de tendencia central y dispersión, elaboración de tablas y gráficas se obtuvo que únicamente el 24% de los niños evaluados del total de la muestra contaron con un CPO-T de cero. Por lo tanto, se concluye que los alcances obtenidos en la Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011-2015 son inaceptables.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un gran interés en la educación de la salud bucal, llamándola Odontología orientada hacia la “promoción de la salud”, siendo la educación de fundamental importancia, porque marca cambios de comportamiento necesarios para el mantenimiento y adquisición de la salud.

La odontología preventiva va tomando auge actualmente, promoviendo, manteniendo y restableciendo la salud del individuo a través de despertar el interés de los padres de familia, creando voluntad de aprender y desencadenando acciones indispensables para lograr resultados deseados. Para esto necesitamos la cooperación de los padres de familia o encargados del niño para que estén conscientes de sus necesidades y responsabilidades en el mantenimiento de la salud, y con eso alcanzaremos la mayor meta de la odontología que es la salud bucal y consecuentemente una mejor salud general.

Para obtener éxito en un programa destinado a la prevención se deberá abordar al paciente como ser humano, de manera integral, teniendo en cuenta sus actitudes, su modo de vida, impulsos, necesidades y anhelos. La comprensión de estos valores es fundamental para conocer al paciente y a su familia, lo cual es fundamental para el éxito de un programa preventivo.

El programa preventivo tiene como primer paso la determinación del riesgo de caries de cada niño, seguido del tratamiento intensivo dirigido a los niños con alto y mediano riesgo de caries, del mantenimiento clínico y casero y por último del tratamiento curativo.

Las clínicas odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt han estado abiertas a los pacientes pediátricos desde hace 10 años, atendiendo a niños recién nacidos hasta los 2 años de edad recibiendo odontología para el bebé y los niños mayores de 2 años se ingresan como pacientes integrales. En las clínicas odontológicas se les da charlas acerca de prevención y de higiene dental a los padres y/o encargados de niños con carné, solo estos niños tienen acceso a tratamiento dental.

El enfoque innovador de la odontología para el bebé, es la atención a niños desde edades muy tempranas (desde días de nacido), para promover la salud integral del mismo con el cuidado de su dentición y orientación en cuanto a dieta e higiene oral.

II. ANTECEDENTES

La Odontología del Bebé es la más novedosa atención a pacientes pediátricos, que tiene un importante componente de carácter educativo y preventivo, perteneciente a la Odontopediatría, es la oportunidad por excelencia para aplicar la prevención en su más amplio espectro, ya que estas acciones deben involucrar a toda la familia. Debido a ello la asistencia odontológica debe actuar en forma conjunta, siendo un instrumento de comunicación entre familiares y odontólogos para el beneficio del bebé. (1)

El comienzo de la historia de la Odontología Pediátrica como la conocemos hoy es usualmente ubicado en la última parte del siglo XIX. Sin embargo, en 1743, Robert Bunon publicó su libro *“Essay Sur Les Maladies Des Dentes”*, donde por primera vez se discutió extensamente los problemas dentales durante la niñez. Bunon enfatizó la conexión entre: la dieta, la salud de la madre embarazada y la mineralización de los dientes de su niño. También estudió la influencia de las enfermedades infecciosas en el desarrollo dental y describió los principios de la extracción seriada. (16)

La primera clínica dental para los niños fue abierta en Estrasburgo en 1902 bajo la dirección del danés Ernst Jessen, esta primera clínica dental-escuela se convirtió en un modelo para el desarrollo de las clínicas dentales de los niños en un número importante de países. Durante esa época los servicios dentales para niños originalmente estaban centrados en los de edad escolar, a menudo siendo limitados a la extracción de dientes enfermos y al cuidado restaurativo de los dientes permanentes. (16)

En Japón, Morinushi et al. en 1982 afirmaron que el camino más seguro para el mantenimiento de la salud dental ha sido a través de la implementación de una guía de cuidados en salud bucal junto con el servicio del examen médico. Esta orientación fue dada a las madres de niños con 4 meses de edad y evaluados después de 12 meses trayendo como resultado la necesidad de un refuerzo de las instrucciones de cuidados diarios a intervalos de tres a cuatro meses. (16)

En Paraná, Brasil, un grupo de profesores del departamento de Odontopediatría de la Universidad Estatal de Londrina, en el año de 1983 inició un proyecto dirigido a la salud dental en los primeros años de vida. Se había observado un aumento importante en el número de familias con niños de corta edad (recién nacidos hasta cinco años) que se comunicaban con el Departamento de Odontopediatría, la mayoría de los cuales referían los odontólogos y médicos ya que, pese a que identificaban la necesidad

de tratamiento carecían de la preparación clínica para atender a este grupo de edad particular. El proyecto recibió aprobación formal en 1986 y la clínica para lactantes se inauguró oficialmente. (20)

En Suecia, Persson, et al. en 1985 señalaron que los programas preventivos de caries dental fueron organizados por el servicio público de salud dental, transmitidos a los padres cuando el niño tenía 6 meses de edad y repetidos a los 18 meses. (16)

En Argentina, la primera Clínica del Bebé se instala en 1990 en la escuela de postgrado de la Asociación Odontológica Argentina como un curso de odontología para niños. (16)

En Colombia, el proyecto de Odontología para Bebés recomienda el trabajo participativo de los profesionales de la salud y la comunidad. (16)

En 1993 se creó el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de la Universidad Estatal de Londrina y la Clínica para Lactantes.

En septiembre en 1993, durante la segunda conferencia nacional sobre higiene bucal que se celebró en el Distrito Federal de Brasilia, se aceptó la odontología para niños de corta edad como un derecho para todo ciudadano brasileño, demostrando que la eficiencia máxima del programa educativo y preventivo de salud bucal ocurre cuando la atención se inicia a los seis meses de edad. (20)

En el año 1994 desde que se inició la Clínica del Bebé en Araçatuba, Brasil, se ha evidenciado un creciente interés de la participación de toda la familia, con la atención precoz de la embarazada y el niño en el primer año de vida, cambiando el servicio de tratamiento curativo por la atención educativa/preventiva, con el fin de mantener una buena salud y mejorar la calidad de vida. (16)

En Perú se implementó en septiembre de 1997 la Unidad del Bebé en el Instituto Especializado de Salud del Niño, un programa destinado a la atención de niños menores de 3 años. (3)

En el año 1997, la Facultad de Odontología de la Universidad de Zulia, en Venezuela, se hace pionera en la creación de la Primera Clínica del Bebé, transmitiendo a las madres y a los padres los conocimientos y procedimientos de cuidado diario preventivos dirigidos a niños entre los 0 y 60 meses

de edad. Los resultados se fundamentan en la modificación de su conducta, transformándose los padres en agentes multiplicadores de información en salud bucal. (16)

En el año 2000, en Estados Unidos se implementó un programa estatal en Carolina del Norte diseñado para alentar a los proveedores de servicios médicos pediátricos a incorporar servicios dentales preventivos en salud oral, alcanzando una amplia cobertura de niños entre los 0 y 35 meses de edad. (16)

Ante la importancia del fomento de la salud bucal en los primeros años de vida y conscientes de las dificultades enfrentadas por la sociedad guatemalteca debido a la alta incidencia de caries dental, surge la iniciativa por parte de las doctoras María Eugenia Castillo y Maribel Recinos, un proyecto que sería años más adelante el Programa Odontológico para el Bebé implementado en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt y el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Por su parte la Dra. María Eugenia Castillo representante del Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Dra. Maribel Recinos representante de las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt, elaboraron y presentaron el protocolo del proyecto ante las juntas directivas de sus respectivas establecimientos para su aprobación.

Fue así como el tema de “Odontología para el bebé” fue agregado al curso de Odontopediatría de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala impartándose a los alumnos de 4to año, con el objetivo de desarrollar un programa con incidencia en salud bucal en el grupo materno infantil.

Como parte del tema de “Odontología para el bebé” se realiza año con año una práctica en donde los estudiantes visitan las Clínicas Odontológicas del Niños Sano del Hospital Roosevelt, impartiendo charlas de prevención a los padres de los bebés además de realizar una práctica clínica donde entran en contacto con los pacientes pediátricos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país mucho de los esfuerzos realizados hasta la fecha en materia de salud dental han sido insuficientes y poco efectivos para la población guatemalteca. A las clínicas odontológicas del niño sano del Hospital Roosevelt no se les ha dado el lugar que amerita por el personal odontológico, debido a que las acciones de salud dental se concentran más en tratamiento curativo que en el tratamiento preventivo.

Las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación del Programa Odontológico para el Bebé han estado abiertas a los pacientes niños por 10 años, se considera un momento oportuno para evaluar el efecto que ha tenido en los pacientes pediátricos, como la percepción recibida por los padres de familia.

Con lo anterior, cabe plantearse la siguiente pregunta: ¿Cuál es el alcance obtenido en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011-2015?

IV. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de los beneficios de la intervención temprana en salud oral brinda las herramientas necesarias que permitan al estomatólogo desarrollar modos de actuación preventivos en la atención primaria de salud. El objeto de la prevención de la enfermedad dental, corresponde ahora en educar a los padres y/o encargados para que puedan tomar decisiones oportunas y convenientes, en un esfuerzo por prevenir las enfermedades dentales en sus lactantes y niños. (5) (24)

Se debe transmitir a las madres y a los padres los conocimientos y procedimientos de cuidado diario preventivos dirigidos a sus hijos, transformándolos en agentes multiplicadores de información en salud bucal. (6)(20)

Anteriormente se tenía en cuenta como prioridad en salud, la curación de la enfermedad, actualmente los paradigmas se han transformado y la prevención es sumamente relevante. En este sentido surge la necesidad de reorientar la salud bucal a través de estrategias más eficientes y adecuadas que prioricen la promoción de salud y la prevención de enfermedades por parte del odontólogo, padres de familia y/o encargados para garantizar mantener la salud bucal a través de toda la vida de la población infantil. Fundamental es el examen de la cavidad bucal como parte del examen físico e integral para detectar tempranamente cualquier alteración y riesgos, así como para desarrollar estilos de vida adecuados para la salud. (24)

En consecuencia, “la primera visita del niño al consultorio dental debe darse a más tardar a los doce meses de edad, para que el odontólogo pueda evaluar la salud bucal, detener el avance de problemas probables y educar a los padres y/o encargados de la prevención de enfermedades dentales. (5)(13)

La siguiente tesis fue realizada por Jaqueline Edith Herrera Alvarez y Emilsa Maricel Escobar Lucero porque se necesitaba un esfuerzo adicional para evaluar un proyecto que ha funcionado por más de diez años y que nunca se ha evaluado. Se realizaron gestiones tanto en la Facultad de Odontología como en el Hospital Roosevelt, se realizó doble recolección de datos: a pacientes pediátricos por medio de un examen clínico y a los encargados por medio de un cuestionario, por lo que se requería delegar el trabajo para no recargarlo a una sola persona y optimizar el tiempo designado para su realización.

V. MARCO TEÓRICO

1. EDUCACIÓN Y MOTIVACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (1946). La salud es un "componente fundamental del proceso de desarrollo humano, se concibe como un proceso y un producto social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y por todos". (17)

Actualmente existe un gran interés en la educación de la salud bucal, llamándola Odontología orientada hacia la “promoción de la salud”, una educación que marca cambios de comportamiento necesarios para el mantenimiento y adquisición de la salud.

La educación para la salud se definió por la Organización Mundial de la Salud como” la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. Debe reorientarse en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello se derivan; asimismo, ha de facilitar y ayudar a comprender toda la cadena causal que ocasiona su conducta y apoyar la transformación de la realidad social que induce, viabiliza y promueve estilos de vida perjudiciales para la salud”. (7) (17) (22)

El conocimiento científico apoya las intervenciones médicas adecuadas para el control de las enfermedades bucales más prevalentes para prevenirlas, mitigarlas o revertirlas mediante una práctica profesional con énfasis en el diagnóstico y en la racionalización de procedimientos preventivos y rehabilitadores adecuados. La familia y el estomatólogo deben formar una unidad para lograr el cuidado y conservación de la salud bucal. La familia transmite hábitos y costumbres que permanecen en el individuo para toda la vida y el estomatólogo porque su función va más allá de lo estrictamente curativo, debido a que fomenta una cultura sobre la salud bucal e influye en la modificación de los estilos de vida con la promoción y educación para la salud. El trabajo en equipo implica compartir conocimientos y responsabilidades, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención brindada al individuo, la familia y la comunidad. (4) (14)

Muchos padres transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y a veces perjudiciales para el niño. Se comienza idealmente con las acciones preventivas desde que se concibe la idea de la gestación, sin embargo, para que consigamos que los padres aprendan a mantener la salud bucal de los niños, no basta solamente transmitirles los conocimientos sobre la enfermedad y como evitarla, necesitamos despertar su interés, crear la voluntad de aprender y desencadenar las acciones indispensables para la conquista de los resultados deseados. (17)

El programa preventivo tiene como primer paso la determinación del riesgo de caries de cada niño, seguido del tratamiento intensivo dirigido a los niños con alto y mediano riesgo de caries y por último del tratamiento curativo. (22)

1.1 Comprender las necesidades del paciente:

Cuando una familia busca un programa preventivo que ayude en el mantenimiento de la salud bucal de sus niños, el dentista deberá realizar un estudio cuidadoso de las condiciones generales de esta familia, incluyendo la historia dental, las particularidades de su estilo de vida e incluso su ambiente familiar; todo debe ser tomado en cuenta para establecer un programa preventivo personalizado que englobe los mejores para la familia. (22)

1.2 Concienciación:

Los profesionales de Odontología, como agentes promotores de la salud, deben concienciar a los padres que ellos pueden ayudar al mantenimiento de la salud bucal de sus hijos. Concientizándolos y envolviéndolos con el problema estamos despertando en ellos el interés en resolverlo, posibilitando que se envuelvan en su resolución.

A pesar de existir en el mundo tecnología preventiva, capaz de controlar las enfermedades bucales, no es utilizada adecuadamente. Por el contrario, el incremento de servicios curativos sigue en ascenso. Por tanto, los esfuerzos deben concentrarse más en la promoción y prevención como única forma de motivar a las personas e inducir cambios en las actitudes con su salud bucal.

Por lo tanto, para que un programa preventivo tenga éxito debe de ser aceptado y practicado por el paciente, no solo adquirir los conocimientos teóricos sobre salud bucal, pero sí por la práctica de

hábitos que lleven a la mejora y mantenimiento de su buena salud. El resultado final de un proceso preventivo debe de ser una alteración en la conducta y no un simple cambio de conocimiento.

Es fundamental la evaluación previa de los conocimientos de salud bucal de los padres acerca de hábitos alimentarios y de higiene para elaborar un plan de prevención individualizado que considere esos conocimientos previos para la detección de las principales necesidades del paciente para mantener la salud bucal. A partir de este análisis verificaremos cuáles son los conocimientos, prácticas, métodos que los pacientes deberán adoptar. (4) (22)

1.3 Condiciones favorables para el aprendizaje:

El profesional debe introducir los cuidados odontológicos en el período de gestación, destacando la importancia de que los padres cambien sus actitudes, estableciendo hábitos favorables para la salud bucal de forma que estimule la adopción de esos hábitos lo más temprano posible en sus hijos. En este período los padres están más motivados para obtener informaciones sobre salud, y consejos sobre la mejor forma de asumir la responsabilidad por los cuidados con la salud de sus bebés.

En un segundo momento las niñeras o las personas que substituyen a los padres en los cuidados con los niños necesitan recibir orientaciones sobre la educación del niño.

La adopción de comportamientos saludables tiene que tener en cuenta que las personas necesitan la información sobre qué hacer y cómo hacerlo y para eso debemos utilizar un lenguaje accesible, sin usar muchos términos técnicos, utilizando palabras claras y que puedan ser comprendidas por ellos. La promoción de salud incluye la información, comunicación y educación para la salud. Una buena comunicación puede liberar a los padres de sus miedos, que pueden interferir con el éxito del tratamiento y hacer que ellos se sientan queridos, aceptados y reconocidos, y los convenza de que tienen una real oportunidad de crecimiento. (22)

2. CARIES DENTAL

La caries es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial, dependiendo de varios factores como la dieta, higiene, bacterias y la resistencia inmunológica y dentaria de cada persona, la presencia y el equilibrio de estos factores van a determinar la presencia o no de caries. (21)

Cuando el pH intrabucal está por debajo de un valor crítico, los dientes sufren ciclos de desmineralización y cuando el medio es favorable suceden períodos de reparación. En presencia de caries, sucede la cavitación cuando produce una pérdida neta de mineral con el tiempo.

La anatomía de los dientes temporales favorece el avance rápido de las lesiones y el desarrollo de caries en superficies dentarias, que generalmente tienen bajo riesgo; ya que presentan un grosor y una calcificación menor del esmalte. (2)

2.1 Manifestaciones clínicas de la caries

2.1.1 Lesión inicial de caries en la superficie lisa del esmalte:

El esmalte es un tejido con porosidades, la difusión del ácido en este puede tener lugar en la microestructura, a través de los espacios intercristalinos e interprismáticos, y posiblemente también a través de defectos de desarrollo del esmalte.

En el estadio más temprano de caries se da la disolución directa de la superficie del esmalte reblandeciéndose la superficie y produciendo la lesión de mancha blanca que es la afectación inicial de esmalte, la lesión puede aparecer marrón, debido al material exógeno absorbido en sus porosidades. La superficie del esmalte sobre la lesión blanca, puede aparecer como clínicamente intacta y lisa, indicando que la lesión no es activa. Las lesiones blancas con superficie rugosa indican que la lesión es activa.

2.1.2 Lesión inicial de caries en fosas y fisuras:

La lesión se forma inicialmente en las paredes de las fisuras, y tienen el aspecto de dos lesiones pequeñas similares a las de la superficie lisa, cuando las lesiones aumentan en tamaño coalescen en su base y en este momento, debido a la proximidad de la unión amelodentinaria, la caries se disemina rápidamente en sentido lateral.

2.1.3 Caries oculta:

Es la lesión de caries que progresa en dentina, observándose el esmalte clínicamente intacto, observándose apenas un orificio de entrada.

2.1.4 Caries rampante

Es un ataque agudo de caries que incluye a muchos dientes en superficies que no suelen ser susceptibles. Ocurre en todas las edades debido a un consumo exagerado de hidratos de carbono, mala higiene oral y reducción del flujo salival. Se caracteriza por lesiones extensas que producen una rápida cavitación de la corona. Si no se tratan con prontitud se produce un compromiso temprano de la pulpa. A diferencia de la caries del biberón, los incisivos inferiores suelen afectarse.

2.2 Diagnóstico de caries:

La caries se manifiesta de diferentes maneras en las distintas superficies dentarias. Las lesiones incipientes son más difíciles de identificar que las lesiones cavitadas.

La inspección visual es una de las técnicas considerada como básica para el diagnóstico de caries, utilizándose buena fuente de luz, con limpieza y secado previo de estas superficies. (2)

2.3 Caries de la Niñez Temprana (CNT), Caries De La Infancia Temprana (CIT):

La “caries de biberón” o “caries del lactante”, es una forma de caries rampante que clásicamente se le atribuía al uso inadecuado del biberón por la noche, por lo que el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) recomienda utilizar el término “Caries de Infancia Temprana” (CIT). (23)

Esta “Caries de biberón” puede ser considerada una enfermedad cultural, ya que casi siempre el biberón nocturno no es ofrecido con la finalidad nutricional, por lo general es utilizado para hacer que el niño duerma o mantenerlo dormido. (22)

En Latinoamérica ha recibido nombres tales como: Síndrome del Biberón; Caries Dental por el Biberón, Caries de los Lactantes, Caries de la Niñez Temprana y Caries de la Temprana Infancia, entre otros.

La introducción temprana del biberón, alargamiento del amamantamiento materno y la introducción de biberones azucarados por la noche son factores que pueden contribuir a su desarrollo. (18) (22)

En 1995, en un taller patrocinado por el Centro para el Control de Enfermedades y Prevención (USA), se propuso el término en inglés “Early Childhood Caries”(ECC), en español Caries de la Temprana Infancia (CTI). (22)

Ismail (1999) definió esta caries como: “La ocurrencia de cualquier signo de caries dental en cualquiera de las superficies dentales que ocurra durante los tres primeros años de vida”.

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD por sus siglas en inglés) la definió: “Es la presencia de 1 o más superficies cariadas, ausentes debido a caries u obturadas en cualquier diente deciduo de un niño de 71 meses de edad o menor”. (18)

Clasificación de la Caries de la Niñez Temprana (CNT):

Wyne (1999), clasificó la CNT de la siguiente manera:

- A.** Tipo I: de leve a moderado: Cuando la caries afecta sólo uno o dos piezas dentales, ya sean molares o incisivos.
- B.** Tipo II: de moderado a severo: Caries que afecta los incisivos maxilares. Los molares pueden estar o no afectados por caries y los incisivos mandibulares están sanos.
- C.** Tipo III: severo: Todos los dientes afectados por caries. (18)

3. DIETA EN LA PRIMERA INFANCIA

El consejo dietético es una parte importante para impedir el progreso de la enfermedad, se debe entender la conexión entre la ingestión de azúcar, la presencia de placa bacteriana y la formación del ácido.

El niño debe practicar una dieta balanceada, no quiere decir que el niño debe comer un alimento diferente cada día, pero sí debe existir un equilibrio en la composición del desayuno, el almuerzo y la cena, que incluya los distintos alimentos necesarios en la dieta. (7) (22)

No se debe excluir el azúcar de la dieta, pero se debe enseñar al padre de familia que se debe consumir de forma racional, lo que implica disminuir su consumo e ingerirlo apenas durante las principales

comidas del día. Si se concientiza sobre lo que debe ser hecho para mejorar la salud dental, existe una gran posibilidad de que lleguemos a cambios en su comportamiento alimentario.

Según Machado et al. (1994), el consejo dietético debe ser orientado a los padres de familia, en el cual tendríamos:

- **De 0 a 1 año de edad:** motivados para las ventajas del amamantamiento y alertarlos con relación al potencial cariogénico de la leche y la importancia de la limpieza dentaria después de la erupción de los dientes.
- **De 1 a 3 años y preescolares:** dirigido a los padres, orientando sobre el peligro del consumo frecuente de golosinas y resaltando la importancia de la dieta balanceada. (22)

Deben evitarse alimentos que contengan alto porcentaje de carbohidratos, los que se adhieren a los dientes o sean de disolución lenta. Además, se debe tener en cuenta que la gran mayoría de lácteos y comidas envasadas para lactantes, contienen un alto contenido de carbohidratos, que generalmente es ignorado por la familia, quienes acostumbran agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas y el yogurt para que el niño lo acepte mejor. (23)

3.1 Desarrollando buenos hábitos alimenticios:

Se debe orientar a los responsables para que sean obedecidas tres comidas principales y dos o tres entre comidas, esto nos ayuda a obtener hábitos alimenticios adecuados, establecimiento de buenos patrones nutricionales y de salud bucal en la medida que reduce la ingestión de alimentos cariogénicos.

Marshall relata otros factores que influyen en la calidad y cantidad de los alimentos ingeridos como la necesidad de realizar todas las comidas y de preferencia, en un ambiente tranquilo sin distracciones. La cantidad de alimento ingerido no es tan importante como su frecuencia de ingestión para el desarrollo de la enfermedad. Por lo general, el individuo que adquiere o posee una dieta estructurada, obedeciendo a horarios, difícilmente pedirá por alimentos con baja proporción nutricional de alto poder cariogénico. (22)

3.2 Influencia de la alimentación:

La absorción de minerales durante la formación de la superficie del diente se termina cerca de dos años después de su erupción. Después de que el diente aparece en boca aún está ocurriendo su mineralización en donde podemos considerar al diente como una “esponja” que absorberá minerales como calcio, fósforo y flúor que tomará de la saliva, y también estará más susceptible a los ataques ácidos bacterianos. (21)

El tiempo en que el azúcar permanece en la boca es muy importante, cuanto mayor sea el número de veces que se comen dulces, mayor será el tiempo de contacto y mayor será la oportunidad de que se forme caries.

Actualmente, los azúcares pueden ser encontrados no sólo en caramelos, chocolates, frutas secas, dulces y gaseosas, sino también en alimentos derivados de la leche, aderezos, ketchup, mostaza, helados y jugos industrializados. Los refrescos y los zumos son productos que se deben tener en cuenta por su carácter ácido y alto contenido en azúcar, causan un descenso importante del pH bucal, favoreciendo la desmineralización del esmalte. (21)

3.3 Equilibrio entre dieta y cepillado dental:

Los dientes deciduos son de fácil visualización, con espacio entre ellos y la ingestión de azúcares en ésta fase puede ser fácilmente controlada por la madre.

Entre las prácticas alimentarias inadecuadas, en resumen tenemos: Alimentación con botella después de los 12 meses de edad, dormir con el biberón, ofrecer alimentos con azúcar en el biberón, lactar en cualquier momento o a demanda, mojar el chupete con miel y otros azúcares, merendar de 3 a 4 veces por día, merendar alimentos y bebidas cariogénicas. (21)

4. LA LACTANCIA DEL BEBÉ

El amamantamiento es importante para el buen desarrollo dentofacial, favorece la obtención de una oclusión dentaria normal y por consecuencia una masticación futura correcta. Es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida. (22)

4.1 Lactancia materna:

Es el mejor método de alimentación del bebé y puede ser la única alimentación del niño en los primeros cuatro o seis meses de vida, después puede ser suplementada con diversos alimentos, ya sean caseros o preparados comerciales.

La leche materna consiste en un alimento específicamente adaptado a atender las necesidades nutricionales del bebé, proveer energía para su desarrollo y crecimiento, proporciona protección contra infecciones y además acondiciona el tracto intestinal del recién nacido. (22) (23)

Los beneficios generales de la lactancia son:

- **Nutricionales:** Asegura el crecimiento, la salud y el desarrollo de los niños, contiene todos los nutrientes que el bebé necesita en los primeros seis meses de vida, incluyendo grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales, agua y micronutrientes. (15)
- **Inmunológicos:** Contiene factores bioactivos que refuerzan el sistema inmunológico inmaduro del bebé, otorgando protección contra infecciones y a muchas enfermedades tales como gripe, bronquiolitis, neumonía, diarrea, etc. (15)

Para bebés de hasta 4 a 6 meses la leche materna es la mixtura completa y perfectamente equilibrada de nutrientes necesarios. Si las necesidades del bebé fueron atendidas con la leche materna, las demás necesidades nutricionales serán automáticamente satisfechas.

La leche humana como solución azucarada es capaz de promover la desmineralización del esmalte, siempre que se mantenga como sustrato disponible durante ocho horas seguidas. (22) (23)

4.2 Lactancia artificial:

Cuando no es posible la lactancia natural se indica la lactancia artificial desde el punto de vista nutricional similar a la leche materna con relación a la proporción de proteínas, vitaminas, grasas y sales minerales.

El biberón, entre todos los métodos artificiales, es el más práctico de ser utilizado siendo, por eso, el elegido para su ejecución. El tipo de mamila debe ser anatómica, de caucho o de silicona, y el orificio debe estar orientando hacia arriba a la hora de alimentar al bebé, encontrándose con el paladar.

Por encima de los 6 meses de edad, se aconseja la introducción gradual de leche bovina tipo A o, de leche en polvo integral, siempre evitando el uso de edulcorantes y de harinas que sirven como espesantes, ya que pueden propiciar mayor riesgo de desarrollar actividad cariogénica. (22)

Cuando se administren jugos de frutas naturales, té o agua, no se debe adicionar azúcar. Si hubiera necesidad de añadir edulcorantes, se lo debe hacer con control.

Según los pediatras, el uso prolongado del biberón propiciará la adquisición de hábitos nocivos, por lo tanto, su uso deberá ser eliminado, como máximo, a los 18 meses de edad.

Cuando ocurra la remoción del biberón, se sustituirá la leche por agua, de forma que, en unos 15 días, el biberón sólo será servido con agua y el hábito habrá sido eliminado.

(22) (23)

La ablactación es la introducción de otros alimentos diferentes de la leche, su importancia está en adquirir en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados que ayudarán al bebé a llevar una dieta saludable en los años venideros. (23)

5. PLACA DENTOBACTERIANA

Es un depósito de diversas comunidades de bacterias inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos adheridos sobre la superficie dentaria.

Según Buisch & Axelson (1999) “el control de la biopelícula es el conjunto de medidas que apuntan a la remoción de la biopelícula dental y a la prevención de su ocurrencia”. (2) (22)

5.1 Control mecánico de la placa dental:

Se refiere a la remoción de esta a niveles aceptables a través de medios mecánicos, principalmente cepillo e hilo dental.

Los padres presentan dificultades para realizar los procedimientos de control mecánico de la placa bacteriana en niños de poca edad, principalmente por el tiempo demandado para la ejecución de esta tarea, por la falta de cooperación de la mayoría de los niños y por la necesidad de cierto grado de destreza manual para ejecutarla.

Una vez han erupcionado los primeros dientes se pueden limpiar con una gasita o cepillo mojado con cerdas blandas. Cuando se presenta un número determinado de ellos se debe establecer una rutina más minuciosa y sistemática para asegurarse de que se limpien todos los dientes en especial en el área cercana a la encía. (2) (22)

5.2 Control químico de la placa dental:

Agentes antimicrobianos se utilizan como método auxiliar para el control de la placa en pacientes diagnosticados de alto riesgo.

Uno de los compuestos más utilizados para reducir los valores de *S.mutans* es la clorhexidina. Se trata de una bisbiguanida, detergente catiónico con actividad antibacteriana de amplio espectro a la que *S.mutans* parece ser especialmente sensible.

Inmediatamente a la aplicación de este compuesto, en la cavidad bucal existe una reducción sustancial de bacterias, pero que no es suficiente para prevenir la formación de la placa. (2)

6. HIGIENE BUCAL

Si se establecen hábitos de limpieza aproximadamente a los 12 meses de edad, aumentaremos la oportunidad de que el niño esté libre de caries a los 3 años de edad. (22)

6.1 Contaminación y transmisión de bacterias:

La contaminación y transmisión precoz por microorganismos cariogénicos (bacterias causantes de la caries) ocurren por el contacto frecuente entre la madre y el bebé. Por ejemplo, besos en la boca, cuando se le sopla al alimento para enfriarlo, usar un mismo cubierto, chupar el chupón antes de dárselo al niño con la intención de limpiarlo, etc.

La madre no necesariamente debe tener caries para contaminar al bebé, basta tener un nivel elevado de bacterias en boca. (21)

6.2 Estimulación de la encía:

Se recomienda utilizar dedales especiales, envueltos en el dedo índice, con la finalidad de estimular la mucosa bucal y el reborde gingival.

La remoción de restos de leche durante el amamantamiento o restos de alimentos quedan estancados en las comisuras labiales y en la cavidad bucal, siendo necesario su remoción. (21)

6.2.1 ¿Por qué hacer la estimulación, si el bebé todavía no tiene dientes?:

Porque se está creando un ambiente sano e ideal para la llegada de los primeros dientes, además de motivar a los hijos de tener hábitos de higiene, se acostumbrarán desde pequeños a la dedera o cepillo, facilitando el aprendizaje en el futuro.

En el período de amamantamiento, es necesario remover los restos de leche o alimentos que quedan estancados en las comisuras labiales y en la cavidad bucal, esta limpieza deberá hacerse solamente en casos de regurgitación o estancamiento de leche, pues la lengua favorece la auto limpieza. Por lo tanto, la higiene debe ser realizada solamente una vez al día si es necesario.

Después de la erupción dental la higiene bucal debe seguir estos procedimientos:

- Escoger un cepillo dental adecuado.
- La limpieza con cepillo dental debe iniciar después de la erupción del primer diente.
- Los padres deben estar conscientes de la importancia del cepillado y también sentirse animados a limpiar los dientes de sus hijos después de cada comida. (21)

6.3 Cepillo dental:

Es el principal instrumento utilizado en la higiene bucal, para obtener el mejor resultado debe tener características adecuadas:

- Ser suave o extrasuave.
- Mango recto y largo, entre 10 y 13 cm.
- Asta recta para permitir un contacto regular de las cerdas con todas las superficies de limpieza.
- Cabeza pequeña de 1 a 1.5 cms., suficiente para cubrir de dos a tres dientes por vez.
- Cerdas flexibles y redondeadas, en promedio de dos a tres hileras de cerdas en sentido horizontal y seis u ocho hileras en sentido vertical. (21)

6.3.1 Cepillos dentales para bebés – Inicio de la dentadura decidua:

Los cepillos para esta fase también deben tener menos cerdas, mango largo y cabeza pequeña. La razón, es el tamaño menor de la longitud de los maxilares, como también un menor número de dientes. Cepillos de una o dos hileras de cerdas, pues poseen un número menor de cerdas en un cabo largo.

La higiene en la fase de dentición decidua es muy importante porque los niños que presentan caries en sus dientes primarios, tienen más predisposición de presentar nuevas lesiones de caries en la dentición permanente. (21)

6.3.2 ¿Cuándo debo cambiar el cepillo?:

Se debe cambiar por lo menos cada mes, ya que las cerdas se deforman y pierden su flexibilidad y un gran número de colonias de bacterias pueden ser encontradas en ellos. Además, los niños pequeños tienen el hábito de morder el cepillo, reduciendo su vida útil. Se recomienda designar un cepillo exclusivo para que los niños “entrenen” el cepillado y otro bajo la responsabilidad de los padres. (21)

6.3.3 Limpieza del cepillo dental:

Después de su uso es importante lavarlo, secarlo y guardarlo en un lugar seco y ventilado para evitar la contaminación y proliferación de hongos y bacterias. Para una limpieza más profunda, se puede utilizar una solución desinfectante de hipoclorito de sodio y enjuagues bucales antibacterianos. Lo ideal es dejar el cepillo inmerso por aproximadamente media hora. (21)

6.4 Dentífricos – Pasta Dental:

Se debe utilizar el dentífrico con cautela, porque los niños son incapaces de expectorar la pasta y pueden ingerir gran porcentaje de dentífrico, esta debe ser utilizada hasta aproximadamente los tres años de edad. Se recomienda utilizar pequeñas cantidades, semejante a un grano de alpiste, cuando el niño tenga de uno a cuatro dientes.

Para niños con edad preescolar, se recomienda la colocación del dentífrico en sentido transversal en el cepillo dental infantil.

El dentífrico debe ser especial para niños, conteniendo características especiales: concentración de flúor menor que la pasta dental de adultos y hace menos espuma.

Siempre el niño debe estar bajo la supervisión de un adulto, para evitar la ingestión de altas concentraciones de flúor y así evitar el desarrollo de fluorosis dental, que ocurre durante la formación del diente, causando manchas y defectos en el esmalte. (21)

6.5 Técnicas de Cepillado:

Al inicio de la erupción del primer molar permanente, ese diente se presenta a un nivel de encía, abajo del nivel de los otros dientes, dificultando su cepillado. Por eso, es importante una atención mayor de su limpieza específica, optando por movimientos circulares y transversales sobre el diente.

La técnica debe alcanzar todas las superficies de los dientes: de frente (vestibular), por atrás (lingual), procurando dar atención a las áreas próximas a la encía y en las caras masticatorias (oclusales).

El niño con la boca abierta y el cepillo inclinado a 45 grados en dirección a la encía, haciendo pequeños movimientos circulares cerca de diez veces en cada región de dos dientes, siguiendo una secuencia para que ninguna cara deje de ser cepillada. Los padres también deben limpiar la última cara de los dientes posteriores, utilizando un movimiento de péndulo. (21)

Es primordial buena visibilidad y una posición segura a fin de evitar movimientos bruscos del niño, que pudieran lastimarlo, se puede distraer al niño con historias y música durante la limpieza. Esto lo distraerá creando una experiencia positiva en cuanto a esta situación.

El responsable lo debe supervisar diariamente hasta que el niño tenga alrededor de nueve años de edad.

El adulto debe colocarse por detrás del niño para realizar el cepillado: Para los niños menores de tres años de edad, se sugieren algunas posiciones durante el cepillado:

- En niños pequeños, la mamá puede ejecutar la higiene con el bebé sentado en sus piernas como durante el amamantamiento, también se podrá auxiliar de otra persona, sentadas frente a frente con las rodillas juntas. El bebé debe ser sentado de espaldas sobre las piernas de los padres y sus brazos deben ser sujetados por uno de ellos, en cuanto el otro apoya la cabeza y hace la limpieza.
- Cuando el niño coopera también puede ser colocado en el regazo de la madre y apoyado entre sus piernas.
- Si el niño fuera mayor y no cooperara, el responsable puede quedarse de pie o sentado, dejando al niño entre sus piernas, el niño debe estar de espalda y la cabeza siempre apoyada en el cuerpo del adulto. (21)

6.6 Uso del hilo dental:

El hilo dental es indispensable para una perfecta limpieza bucal. Su utilización se debe iniciar cuando el niño presenta los cuatros incisivos o algún contacto próximo entre los dientes, ya que en esas zonas no se consigue acceso con el cepillo, por lo que hay mayor facilidad de retener la placa bacteriana y restos alimenticios. (21)

6.6.1 ¿Cómo utilizar el hilo dental en el niño?:

El adulto debe cortar cerca de 30 cm. de hilo, enrollando los extremos en los dedos medios de cada mano. En un dedo debe enrollar una medida pequeña y en el otro, el resto. Con las puntas del pulgar y el índice, el hilo deberá ser extendido, y el espacio contenido entre los dedos debe ser de aproximadamente 3cm, debe ser metido bien extendido para que pueda tener más eficacia.

El hilo debe ser curvado en forma de “C” sobre la superficie lateral de cada diente y deslizado entre el diente y la encía, realizando este movimiento aproximadamente cuatro veces para arriba y para abajo, removiendo la placa dentaria de toda la superficie. (21)

7. MÉTODOS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Las estrategias preventivas se orientan hacia la intercepción de cada uno de los factores implicados en la etiología de la caries. Por tanto, la actuación del odontólogo se basa en aconsejar modificaciones en la dieta; aplicar estrategias orientadas a aumentar la resistencia del diente; como la administración de flúor y la colocación de selladores de fisuras, y, por último, actuar contra la placa dental, bien sea mecánica, enseñanza del cepillado, o química, utilización de clorhexidina. (2)

7.1 Flúor:

El flúor es un componente químico que fortalece el esmalte y reduce significativamente la caries al entrar en contacto con la superficie del diente, incorporándose a él y pasando a ser parte de su estructura.

Existen dos formas de utilización: por vía oral (uso sistémico) y tópico (aplicado sobre la superficie del diente).

Flúor sistémico es la manera más efectiva y amplia de prevención, es usado de forma ingerida, que se incorpora al esmalte durante su formación. Por lo tanto, debe ser administrado durante el proceso de formación dental.

El exceso de flúor ingerido puede llevar a un problema de esmalte dentario llamado fluorosis que se caracteriza por las manchas blancas opacas suaves o las manchas marrón opacas y rugosas, que aparecen en la superficie de los dientes, comprometiendo la estructura dentaria y la estética.

Flúor tópico es aquel aplicado directamente sobre los dientes, se puede aplicar como enjuague, gel, mousse, barniz y por medio de pastas fluoradas utilizadas en el cepillado. (2) (21)

7.2 Sellado de fosas y fisuras:

El sellador es una sustancia fluida, que se filtra, penetra y cierra las fosas o fisuras, se adhiere a los surcos impidiendo la penetración de las bacterias. Representan una barrera física que aísla estas superficies del medio bucal impidiendo la acumulación de bacterias y restos orgánicos, a la vez que se produce un bloqueo de la aportación de nutrientes a los microorganismos ya existentes. Su aplicación es bastante efectiva como tratamiento preventivo contra la caries. Debe ser aplicado principalmente en los molares permanentes de niños con actividad o riesgo de caries.

Las fosas y fisuras representan zonas en las que favorece la retención de placa y donde la acción del flúor es menos efectiva, posiblemente por la dificultad de que la saliva bañe el fondo de éstas. Para prevenir caries en estas zonas se han desarrollado los selladores de fosas y fisuras. (2) (21)

8. TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL

Es importante mantener los dientes primarios sanos, después de la progresión de la caries la dentina podría ser dañada. Ahí es el lugar donde la caries progresa más rápidamente, presentándose síntomas de dolor.

En presencia de caries, será necesario remover la parte cariada y restaurar la forma del diente de preferencia con amalgama, en algunos casos es viable la utilización de resina compuesta. En este momento el tratamiento deja de ser preventivo, siendo restaurador y más invasivo.

Si la caries está cercana a la pulpa dental el tratamiento a realizar es una pulpotomía, al contrario, si la caries ya afecta la pulpa dental presentado infección y necrosis del diente se realizará una pulpectomía (tratamiento endodóntico). Esto llevaría a la necesidad de restaurar con coronas de acero. (21)

9. EXAMEN CLÍNICO ODONTOLÓGICO DEL BEBÉ

La exploración debe ser sistemática para garantizar una evaluación completa sin omisiones. Cualquiera que sea el enfoque, cada estructura anatómica debe ser evaluada en:

- 1. Integridad**
- 2. Función**
- 3. Nivel de desarrollo**
- 4. Patología.**

Para la exploración la presencia de los padres es de carácter obligatorio, en preescolares. En estas edades tempranas es frecuente el llanto durante la exploración. El odontólogo debe pasar por alto esta circunstancia, que por lo general cesa durante el procedimiento y en cualquier caso al ignorarlo ayuda a que el niño aprenda que con el llanto no interferirá en la práctica.

La exploración clínica comprende el examen extraoral e intraoral. (2)

9.1 Examen extraoral:

La inspección debe centrarse en la cabeza y en el cuello. La morfología facial permite evaluar las relaciones y la simetría de las dos arcadas. La exploración facial debe centrarse en el perfil facial, juzgando la posición de las bases óseas maxilares y los dientes, en relación con la nariz, mentón y labios.

Deben evaluarse los tegumentos, ATM, cuello y el área submandibular. Por último, se realiza un examen funcional, donde se evalúan las funciones de deglución, respiración, fonación y masticación, siendo necesario observar la coordinación de movimientos para realizar dichas funciones. (2)

9.2 Examen intraoral:

Las maniobras exploratorias incluyen inspección, palpación y percusión. La exploración intraoral se divide en exploración de los tejidos blandos y la exploración dentaria. (2)

9.2.1 Exploración de los tejidos blandos:

La mucosa oral se examina sistemáticamente. La exploración se realiza a partir del interior de los labios continuando por la mucosa de los carrillos y los surcos alveolares.

Las encías son asientos de fístulas ya sean bucales o palatales, en relación con la patología pulpar y periodontal. Las aftas y el herpes frecuente en el niño se acompañan de dificultades de la alimentación.

Los frenillos labiales superior, inferior y el lingual son los más importantes. Al explorarlos se debe evaluar su tamaño, inserción apical, gingival o profunda.

La lengua se reviste de gran importancia en el desarrollo de la cavidad bucal, de las arcadas dentarias, el paladar y el área premaxilar. Debe de evaluarse la forma, posición y volumen no solo en reposo sino también en función (deglución y fonación). No debe de olvidarse evaluar el piso de boca.

Las glándulas salivales parótidas y submaxilares se deben inspeccionar y palpar, así como evaluar la desembocadura de los conductos para descartar cualquier patología inflamatoria y cálculos.

La orofaringe debe inspeccionarse para comprobar su coloración y el tamaño de las amígdalas. La exploración del **paladar duro** nos puede revelar patologías de la forma en relación con alteraciones del desarrollo. (2)

9.2.2 Exploración dentaria:

La exploración dentaria inicia con el recuento de éstos, registrando los presentes y los ausentes. Los datos obtenidos en la exploración deben ser registrados en un diagrama dentario. La exploración dentaria individual ha de atender a las variaciones en tamaño, forma, número, color y estructura superficial.

No se debe olvidar la evaluación de la higiene dental y la salud gingival del niño, utilizando índices de placa dentobacteriana y de gingivitis respectivamente. Para los índices de placa dentobacteriana se utilizan soluciones o pastillas reveladoras. La solución pigmentara las zonas donde el cepillado no fue el adecuado, ayudando a llevar un control del paciente, además de crear conciencia tanto en los padres como en el niño. (2)

9.3 Procedimiento de examen:

El examen clínico en niños pequeños se debe realizar con ayuda de los padres en un medio no intimidante, no es necesario ni aconsejable utilizar el sillón dental para realizarlo, lo mejor es realizarlo en un sitio agradable, separado del consultorio dental. (2)

El encargado del niño y el examinador se sientan frente a frente en una posición de rodilla con rodilla, quedando la cabeza del niño recostada sobre el regazo del odontólogo. En esta posición el padre o encargado puede detener con suavidad al niño, de ser necesario, de modo que el cirujano y él tengan una visibilidad adecuada de la cavidad bucal del niño. (2)

La posición es cómoda para el paciente y el contacto materno (o paterno) le brinda más tranquilidad. Algunos niños se inquietan o lloran durante el examen, requiriendo mínima restricción materna. El odontólogo debe tranquilizar al encargado en el sentido de que la conducta es normal y no debe considerarse inadecuada. El llanto o la inquietud no deben dificultar el examen; aunque hay lactantes y preescolares que permanecen calmados durante el examen, en particular los niños de 12 meses de edad y menores. (2)

Una vez colocado el niño en posición, el odontólogo realiza el examen completo de la región de cabeza, cuello y de la boca. Se debe comenzar con una apreciación general del paciente con un tacto amable, de manera no intimidante. Se debe observar presencia de anomalías en el tamaño, la forma y la simetría de la cabeza, ganglios linfáticos, simetría facial, ojos, oídos, nariz, labios y boca. (2)

Luego se prosigue con el examen bucal, que debe incluir la evaluación de tejidos blandos y duros.

Después del examen intrabucal, se debe mostrar la colocación y la técnica para limpiar los dientes del lactante. Para ésto es necesario cambiar la posición del paciente, colocando su cabeza sobre el regazo materno, de tal manera que la madre pueda practicar la limpieza dental bajo la supervisión del odontólogo. (2)

10. ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN DECIDUA

Es habitual que la aparición en boca de las piezas dentales deciduas produzcan una ligera sintomatología en los bebés, provocando enrojecimiento e hinchazón de la encía, pasando a una leve isquemia hasta el punto en que el diente perfore la encía y se forme una compleja unión entre el epitelio oral y dental.

Las piezas dentales deciduas hacen su aparición en boca a los 6 meses de edad, realizando la siguiente secuencia eruptiva: Incisivo central inferior, incisivo central superior, incisivo lateral superior, incisivo lateral inferior, primer molar inferior, primer molar superior, canino inferior, canino superior, segundo molar inferior, segundo molar superior. En conclusión, las piezas dentales deciduas inferiores suelen preceder a las superiores, con la excepción de los incisivos laterales superiores que preceden a los inferiores. (2)

Aproximadamente entre los 24 y 36 meses de edad las 20 piezas dentales deciduas ya se encuentran en boca, para estar totalmente formados y en oclusión a los 3 años de edad. (2).

10.1 Dientes Natales y Neonatales:

Se denomina dientes natales a aquellas piezas dentales que se encuentran presentes en la boca al momento del nacimiento del niño, al contrario de los neonatales que realizan su aparición durante los primeros 30 días después del nacimiento del niño (vida extrauterina). Ambos términos se refieren a la misma anomalía, sin hacer diferenciación de si son piezas dentales supernumerarias o propias de la dentición decidua. (2)

10.1.1 Localización:

El 85% de los dientes natales/neonatales son incisivos centrales inferiores, el resto lo componen los incisivos centrales superiores y molares, y muy rara vez se tratan de supernumerarios. (2)

10.1.2 Clasificación:

Según el **tiempo de erupción** como se habían mencionado anteriormente se clasifican en natales y neonatales.

Según las **características clínicas**, se clasifican en maduros, cuando tienen forma normal y desarrollo igual a la de los otros dientes deciduos (buen pronóstico) y dientes inmaduros cuando su desarrollo y estructura se encuentra incompleta (pronóstico reservado). (2)

Otra clasificación hace referencia a 4 categorías clínicas:

- a. Estructura coronaria en forma de cascarón, con poca o nada de inserción al alveolo y ausencia de raíz.
- b. Corona sólida, fijada al alveolo por tejido gingival y raíz pequeña o ausente.
- c. Erupción del borde incisal de la corona a través del tejido gingival.
- d. Edema del tejido gingival por un diente no erupcionado pero palpable. (2)

10.1.3 Complicaciones:

- Lesiones secundarias en el pecho materno.
- Lesiones en la base de la lengua del niño, ulcera de Riga-Fede.
- Aspiración o deglución del diente natal/neonatal cuando es una pieza dental de clasificación inmadura, causando problemas pulmonares o digestivos. (2)

10.1.4 Diagnóstico:

Es fundamental contrastar el hallazgo clínico con una exploración radiográfica, para determinar si la pieza dental natal/neonatal es de la serie normal de piezas deciduas o de un supernumerario además de cuantificar la madurez de la pieza dental (3/5 de la corona normal e incluso raíz).

Si existe una imagen doble el diagnóstico es de un diente supernumerario. (2)

10.1.5 Diagnóstico diferencial:

Es útil el examen radiográfico para diferenciarlo de los Nódulos de Bohn y de los quistes de la lámina dental, que por lo general son de color grisáceos, múltiples y desaparecen por sí solos. (2)

10.1.6 Tratamiento:

Se debe intentar mantener en boca la pieza dental ya que muchas veces con el tiempo el desarrollo de raíz permite una mejor fijación al alveolo, actualmente existen terapéuticas paliativas, en los casos de malestar para el bebe o la madre, además de tener los cuidados pertinentes como control de placa dentobacteriana.

La única indicación para la extracción de los dientes natales/neonatales es si la pieza se encuentra con escasa formación radicular y gran movilidad que pueda provocar una aspiración o deglución del mismo. Si es necesaria la exodoncia de la pieza se puede realizar

con fórceps o los dedos, pero siempre se ha de realizar después de los primeros 10 días de vida, debido a la deficiencia de vitamina K, que ocurre en los primeros días de vida.

Siempre se debe considerar que la extracción de la pieza natal/neonatal cuando es perteneciente a la dentición decidua puede provocar pérdida de espacio y colapso en el desarrollo del arco mandibular, con la consecuente maloclusión en la dentición permanente.
(2)

11. SISTEMA ICDAS

ICDAS por sus siglas en inglés (International Caries Detection and Assessment System) es un sistema internacional de detección visual y táctil de lesiones cariosas, que ha venido desarrollándose y tomando importancia desde hace ya algunos años en temas relacionados con investigación epidemiológica y salud pública oral. (25)

Este sistema fue diseñado con el fin de detectar seis etapas del proceso carioso, que abarcaran desde los primeros cambios en esmalte causados por su desmineralización hasta la cavitación extensa.

Este sistema fue dividido en varias secciones; las que involucraban lesiones cariosas en coronal, las de la superficie radicular, y la caries- asociada - a restauraciones y sellantes (CARS). A sí mismo cuenta con un protocolo de evaluación en el que se daba énfasis a la limpieza y secado de la superficie previa evaluación. (25)

11.1 Criterios para la detección de caries a nivel de la superficie coronal

Corresponde a la clasificación del estado carioso en una escala ordinal. Tomando como referencia las etapas histológicas de avance de la lesión, por tanto, se abarca desde los primeros cambios visibles en esmalte hasta la cavitación evidente con estructura dentinal expuesta. (25)

Los criterios que corresponden a la descripción de cada código ICDAS, se encuentran resumidos en la siguiente tabla. (25)(23)

| CÓDIGOS | DESCRIPCIÓN | | | |
|--|---|----------|---|----------|
| 0 Sano | No hay evidencia de caries después de secado prolongado (5 seg.). Superficies con defectos de desarrollo (hipoplasias de esmalte, fluorosis), desgastes dentarios (atriciones, abrasiones, erosiones), tinciones intrínsecas o extrínsecas, deben ser consideradas como sanas. | | | |
| 1 Primer cambio visual en esmalte. | <table border="1"> <tr> <td>W</td><td rowspan="2">Primer cambio visual en esmalte. Al estar húmedo el diente, no hay evidencia de ningún cambio de color atribuible a actividad de caries, pero después de secar de forma prolongada el diente (5 seg.) una opacidad cariosa o tinción (lesión de mancha blanca o mancha café) se hace visible y no es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. Histológicamente corresponde a desmineralización del esmalte en su mitad externa. (23)</td></tr> <tr> <td>B</td></tr> </table> | W | Primer cambio visual en esmalte. Al estar húmedo el diente, no hay evidencia de ningún cambio de color atribuible a actividad de caries, pero después de secar de forma prolongada el diente (5 seg.) una opacidad cariosa o tinción (lesión de mancha blanca o mancha café) se hace visible y no es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. Histológicamente corresponde a desmineralización del esmalte en su mitad externa. (23) | B |
| W | Primer cambio visual en esmalte. Al estar húmedo el diente, no hay evidencia de ningún cambio de color atribuible a actividad de caries, pero después de secar de forma prolongada el diente (5 seg.) una opacidad cariosa o tinción (lesión de mancha blanca o mancha café) se hace visible y no es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. Histológicamente corresponde a desmineralización del esmalte en su mitad externa. (23) | | | |
| B | | | | |
| 2 Cambio visual distintivo en esmalte | <table border="1"> <tr> <td>W</td><td rowspan="2">El diente húmedo puede tener una opacidad cariosa blanca y/o una tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa o fisura natural y persiste después de secar. No es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. No hay destrucción de estructura. En surcos se extiende hacia las paredes y en superficies lisas abarca 1 mm. del margen gingival y no se observan sombras subyacentes. Histológicamente la profundidad se relaciona con la mitad interna de esmalte y el tercio externo de dentina. (23)</td></tr> <tr> <td>B</td></tr> </table> | W | El diente húmedo puede tener una opacidad cariosa blanca y/o una tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa o fisura natural y persiste después de secar. No es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. No hay destrucción de estructura. En surcos se extiende hacia las paredes y en superficies lisas abarca 1 mm. del margen gingival y no se observan sombras subyacentes. Histológicamente la profundidad se relaciona con la mitad interna de esmalte y el tercio externo de dentina. (23) | B |
| W | El diente húmedo puede tener una opacidad cariosa blanca y/o una tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa o fisura natural y persiste después de secar. No es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. No hay destrucción de estructura. En surcos se extiende hacia las paredes y en superficies lisas abarca 1 mm. del margen gingival y no se observan sombras subyacentes. Histológicamente la profundidad se relaciona con la mitad interna de esmalte y el tercio externo de dentina. (23) | | | |
| B | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>3</p> <p>Ruptura localizada de esmalte debido a caries sin dentina ni sombras subyacentes.</p> | <p>En húmedo, el diente tiene una clara opacidad (lesión de mancha blanca) y/o tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa o fisura natural. Una vez secado por 5 seg., hay una ruptura localizada de esmalte por caries, a la entrada o dentro de la fosa o fisura, sin dentina expuesta ni sombras subyacentes. Puede usarse sonda de extremo redondeado en caso de duda para confirmar microcavitación, pasándola a través de la superficie dentaria. Histológicamente la profundidad se relaciona con dentina, hasta su tercio medio. (23)</p> |
| <p>4</p> <p>Sombra subyacente desde la dentina con o sin ruptura de esmalte.</p> | <p>Tinción intrínseca de la dentina que se visualiza a través del esmalte aparentemente indemne, que puede o no presentar solución de continuidad (sin exponer dentina) y se percibe como una sombra gris, azul o café. En superficies libres se detecta como una sombra a través de esmalte indemne. Histológicamente se relaciona con dentina en el tercio medio de su espesor. (23)</p> |
| <p>5</p> <p>Cavitación con dentina visible</p> | <p>Cavitación en un esmalte opaco o con tinción, exponiendo dentina subyacente. Involucra menos de la mitad de la superficie dental. Se puede usar sonda para comprobar pérdida de estructura. Histológicamente se relaciona con el tercio interno de dentina. (23)</p> |
| <p>6</p> <p>Cavitación extensa con dentina visible</p> | <p>Cavitación extensa con dentina visible, tanto en profundidad como en extensión. Tanto piso como paredes exponen dentina y la cavitación involucra más de la mitad de la superficie dentaria, pudiendo incluso alcanzar la pulpa. Histológicamente la profundidad abarca el tercio interno de dentina. (23)</p> |

11.2 Metodología para detección de caries dental con el sistema ICDAS

Para la valoración de lesiones de caries los dientes deben estar limpios de biofilm dental en todas las superficies. Para ello se recomienda el cepillado previo de las arcadas dentarias. Los cálculos no deben ser removidos y la superficie dental cubierta por cálculo debe registrarse como sana a menos que existan signos de caries dental bajo el cálculo. (10)

Cada superficie dental debe ser examinada inicialmente húmeda. Se le puede pedir al sujeto que humedezca el diente con saliva o el examinador puede usar un rollo de algodón empapado en agua. Después de examinar la superficie dental húmeda, se debe secar por 5 segundos – con aire o con un algodón – y, para los registros de esmalte, compare la apariencia en seco con lo que era visible en húmedo. (10)

Los criterios son descriptivos y están basados en la apariencia visual de cada superficie dental individual:

1. Marcar lo que se observa y NO relacionar este registro con ninguna consideración de tratamiento.
2. En caso de encontrar dos tipos de lesión, clasificar la de mayor severidad.
3. En casos de duda en una lesión, asignar el código menos severo.
4. No intentar ejercer presión con la sonda en ningún momento.
5. Usar una sonda de extremo redondo y deslizarla gentilmente a través de la superficie dental, solamente para ayudarse en la apreciación visual de cualquier cambio en contorno o cavitación y para determinar si se encuentra en una zona de retención natural de biofilm dental. (10)

12. ÍNDICE CPO

Es el índice fundamental para cuantificar la prevalencia de caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries con tratamientos previamente realizados. (25) Es el indicador odontológico más utilizado a través del tiempo, facilitando la comparación epidemiológica entre poblaciones diferentes. (19)

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran 28 piezas dentales. (12)

Signos:

C: Las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente, (cariadas)

P: Las piezas dentarias perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas).

O: Las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas). (9).

Diente Permanente Cariado:

- Cuando existan las siguientes evidencias de lesiones cariosas:
- Opacidad, mancha blanca o marrón, consistentes con desmineralización del esmalte. (Diferenciar con fluorosis, pigmentaciones).
- Mancha blanca o marrón consistente con desmineralización (aspecto blanco tiza sin brillo).
- Presencia evidente de tejido blando en la base de la fisura, opacidad a lo largo de los márgenes o una mancha indicando presencia de lesión cariosa subyacente.
- Sombra oscura de dentina decolorada subyacente al esmalte intacto o mínima cavidad en esmalte (sombra gris, azul, marrón)
- Ruptura localizada del esmalte debido a caries sin dentina visible.
- Cavidad detectable con dentina visible.
- Cavidad extensa con dentina y/o pulpa visible.
- El diente presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida. (19)

Diente Permanente Obturado:

Cuando el diente está obturado con material permanente. Si está obturado y cariado se clasifica como cariado. (19)

Diente Permanente Extraído:

De acuerdo a la edad del paciente el diente debería estar presente y fue extraído por caries. En caso de duda consultar al paciente y examinar la forma del reborde y la presencia o ausencia del diente homólogo. Este criterio no será utilizado para temporarios. La pieza dental que presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida se toma como diente con extracción porque hay una extracción indicada. (19)

Situaciones clínicas especiales:

- No se examinan las terceras molares.
- Para que una pieza permanente sea considerada como erupcionada, basta que una pequeña porción de una cúspide haya roto la mucosa alveolar. En el caso que la pieza permanente haya erupcionado y la pieza primaria esté aún presente, codifique solamente en base a la pieza permanente.
- En el caso de piezas supernumerarias, escoger aquella que anatómicamente se parezca más a la pieza que tratan de representar utilizando su mejor criterio clínico, codifique la pieza escogida y excluya la otra pieza. En el caso de dientes fusionados, geminados u otras anomalías en número, utilice su criterio clínico para asignar un código para cada diente en el formulario de entrada de datos.
- Por convención todas las coronas en dientes posteriores, excepto en caso de pilares de puentes, se consideran puestas en consecuencia de caries dental. En caso de duda codifique como si la corona no hubiera sido puesta a consecuencia de caries dental.
- Las restauraciones linguales en anteriores a consecuencia de tratamiento endodóntico no deben ser codificadas como restauraciones.
- Los sellantes de fosas y fisuras no son tomados en cuenta como obturaciones. (9)

Procedimientos en el examen CPO:

En el proceso de examen, el examinador inspecciona visualmente y con el auxilio de una sonda de extremo redondo las caras oclusales, vestibular, distal, lingual y mesial, de todos los dientes permanentes presentes (excepto terceros molares). El examen es realizado con el auxilio de un espejo bucal y una sonda de extremo redondo. La posición del paciente debe permitir que el examinador tenga una visibilidad óptima de los cuadrantes a ser examinados.

Procedimientos para el examinador:

Usar sonda de extremo redondo e indagar con el paciente la causa de las extracciones, más si la respuesta no es concluyente, siga su propio juicio clínico.

13. Ceo

Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera, pero considera sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes. (9)

En los niños se utiliza el ceo en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes, así como coronas restauradas por fracturas. (12)

En los dientes temporarios los criterios de clasificación son los mismos que para los dientes permanentes. (19)

El símbolo **c** significa el número de dientes temporarios presentes con lesiones cariosas y no restauradas.

El símbolo **e** significa el número de dientes temporarios con extracción indicada.

El símbolo **o** representa el número de dientes temporarios obturados. (19)

14. CPO TOTAL

Es el índice que resulta de la sumatoria de CPO + ceo.

Incluye piezas cariadas, perdidas y obturadas tanto permanentes como obturadas.

VI. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Establecer los alcances obtenidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 – 2015.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de caries dental en los pacientes pediátricos atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 – 2015 a través del sistema internacional de detección de caries (ICDAS) y CPO-T.
- Determinar la percepción de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos acerca del servicio dental ofrecido a sus hijos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011 – 2015.
- Evaluar los conocimientos en salud oral adquiridos por los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos de las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt que asistieron entre los años 2011 – 2015.

VII. HIPOTESIS

- **HIPÓTESIS ALTERNA**

Los alcances obtenidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt, con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011-2015 son muy aceptables.

- **HIPÓTESIS NULA**

Los alcances obtenidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt, con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011-2015 son inaceptables.

VIII. VARIABLES

| Variable | Definición | Indicador de la variable |
|---|---|--|
| 1. Prevalencia de caries en los pacientes pediátricos atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 – 2015. | <p>Número de pacientes pediátricos enfermos de caries atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011 – 2015.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ICDAS • CPO • Ceo • CPO-Total |
| 2. Conocimientos en salud oral adquiridos por los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos de las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt que asistieron entre los años 2011 – 2015. | <p>Información teórica y práctica adquirida a través del tiempo por experiencia o educación por los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos acerca del servicio dental ofrecido previamente a sus hijos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011 – 2015.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de conocimientos sobre higiene oral. |

3. Percepción de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos acerca del servicio dental ofrecido a sus hijos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011 – 2015.

Experiencias de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos acerca del servicio dental ofrecido a sus hijos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011 – 2015.

- PNI (Positivo, negativo e interesante).

INDICADORES

1. Indicador de la variable “Prevalencia de caries en los pacientes pediátricos atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt”.

1.1 ICDAS: El sistema ICDAS ayuda a determinar el grado de severidad de las lesiones de caries según como lo determina la siguiente tabla:

| CÓDIGOS | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------|---|
| 0 Sano | No hay evidencia de caries después de secado prolongado (5 seg.). Superficies con defectos de desarrollo (hipoplasias de esmalte, fluorosis), desgastes dentarios (atriciones, abrasiones, erosiones), tinciones intrínsecas o extrínsecas, deben ser consideradas como sanas. |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| <div>1</div> <div>Primer cambio visual en esmalte.</div> | <div>W</div> <div>B</div> | <p>Primer cambio visual en esmalte. Al estar húmedo el diente, no hay evidencia de ningún cambio de color atribuible a actividad de caries, pero después de secar de forma prolongada el diente (5 seg.) una opacidad cariosa o tinción (lesión de mancha blanca o mancha café) se hace visible y no es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. Histológicamente corresponde a desmineralización del esmalte en su mitad externa.</p> |
| <div>2</div> <div>Cambio visual distintivo en esmalte</div> | <div>W</div> <div>B</div> | <p>El diente húmedo puede tener una opacidad cariosa blanca y/o una tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa o fisura natural y persiste después de secar. No es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. No hay destrucción de estructura. En surcos se extiende hacia las paredes y en superficies lisas abarca 1 mm. del margen gingival y no se observan sombras subyacentes. Histológicamente la profundidad se relaciona con la mitad interna de esmalte y el tercio externo de dentina.</p> |
| <div>3</div> <div>Ruptura localizada de esmalte debido a caries sin dentina ni sombras subyacentes.</div> | | <p>En húmedo, el diente tiene una clara opacidad (lesión de mancha blanca) y/o tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa o fisura natural. Una vez secado por 5 seg., hay una ruptura localizada de esmalte por caries, a la entrada o dentro de la fosa o fisura, sin dentina expuesta ni sombras subyacentes. Puede usarse sonda de extremo redondeado en caso de duda para confirmar microcavitación, pasándola a través de la superficie dentaria. Histológicamente la profundidad se relaciona con dentina, hasta su tercio medio.</p> |

| | |
|---|---|
| 4 Sombra subyacente desde la dentina con o sin ruptura de esmalte. | Tinción intrínseca de la dentina que se visualiza a través del esmalte aparentemente indemne, que puede o no presentar solución de continuidad (sin exponer dentina) y se percibe como una sombra gris, azul o café. En superficies libres se detecta como una sombra a través de esmalte indemne. Histológicamente se relaciona con dentina en el tercio medio de su espesor |
| 5 Cavitación con dentina visible | Cavitación en un esmalte opaco o con tinción, exponiendo dentina subyacente. Involucra menos de la mitad de la superficie dental. Se puede usar sonda para comprobar pérdida de estructura. Histológicamente se relaciona con el tercio interno de dentina. |
| 6 Cavitación extensa con dentina visible | Cavitación extensa con dentina visible, tanto en profundidad como en extensión. Tanto piso como paredes exponen dentina y la cavitación involucra más de la mitad de la superficie dentaria, pudiendo incluso alcanzar la pulpa. Histológicamente la profundidad abarca el tercio interno de dentina. |
| 7 | Piezas perdidas por caries |
| 8 | Piezas obturadas por caries |
| 9 | Piezas perdidas por otra razón |
| 10 | Piezas obturadas por otra razón. |

Se incluyeron además los siguientes códigos para describir piezas ausentes en boca por procesos fisiológicos:

| | |
|----|--|
| 11 | Piezas no erupcionadas que por la edad del paciente aún no se encuentran en boca. |
| 12 | Piezas exfoliadas por reabsorción fisiológica de la raíz de los dientes primarios. |

14.1 ÍNDICE CPO y ceo

De acuerdo a los niveles de severidad en prevalencia de caries según el diente y la superficie de éste como unidad de medida: (25)

| CPO | Clasificación | |
|--------------|---------------|------------------------|
| 0.0 a 1.1 | Muy bajo | Bajo riesgo |
| 1,2 a 2.6 | Bajo | |
| 2.7 a 4.4 | Moderado | Riesgo moderado |
| 4.5 a 6.5 | Alto | Alto riesgo |
| Mayor de 6.6 | Muy alto | |

Se considera:

Bajo riesgo el CPO que se encuentra en la clasificación de muy bajo y bajo. De mediano riesgo el CPO clasificado como moderado. Alto riesgo el CPO clasificado como alto y muy alto. (25)

2. **Indicador de la variable “Conocimientos en salud oral adquiridos por los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos de las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt que asistieron entre los años 2011 – 2015”.**

Este indicador será medido por tres categorías según la calificación obtenida de la evaluación contestada por los padres y/o encargados acerca de los conocimientos y prácticas empleadas para mantener la salud oral en sus hijos. Así:

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| Nivel de conocimiento alto | 90 a 100 puntos |
| Nivel de conocimiento medio | 60 a 80 puntos |
| Nivel de conocimiento bajo | 0 a 50 puntos |

3. **Indicador de la variable “Percepción de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos acerca del servicio dental ofrecido a sus hijos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011 – 2015”.**

Este indicador será medido por tres categorías según el criterio de los padres y/o encargados hacia la atención recibida a sus hijos por parte de las clínicas odontológicas de la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.

Las categorías son las siguientes:

- Positivo
- Negativo
- Interesante

Definición operacional

“Prevalencia de caries en los pacientes pediátricos atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt”

De acuerdo a la clasificación de los niveles de severidad en prevalencia de caries se tomará como alcance muy aceptable, aceptable e inaceptable dependiendo de la clasificación del CPO.

| Clasificación del CPO | Alcance |
|------------------------------|----------------|
| Bajo riesgo | Muy aceptable |
| Riesgo moderado | Aceptable |
| Alto riesgo | Inaceptable |

IX. METODOLOGÍA

Criterios de inclusión:

- Pacientes pediátricos y sus padres y/o encargados que recibieron atención odontológica en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 – 2015.

Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos que no pudieron ser contactados para citación.
- Pacientes pediátricos que al ser citados manifestaron no poder asistir o desinterés en participar.
- Pacientes pediátricos que cuya conducta dificulte realizar el examen clínico.
- Pacientes pediátricos que presentan lesiones bucales y/o afecciones.

Población:

- Pacientes pediátricos y sus padres y/o encargados que recibieron atención odontológica en las Clínicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 – 2015.
- N= 324 pacientes.

Muestra

- 50 pacientes de la población.

Recursos:

- **Físicos:** Boletas para la recolección de datos, kit básico para examen dental (espejo, pinza y explorador), algodones, gasas, clínica dental.

- **Humanos:**

- Pacientes pediátricos con padres y/o encargados que recibieron atención odontológica en las Clínicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 – 2015.
- Investigadoras: Br. Jaqueline Edith Herrera Alvarez y Br. Emilsa Maricel Escobar Lucero (estudiantes Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala).
- Personal auxiliar (asistentes).

Procedimiento:

1. Se llevó el protocolo al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt para su aprobación y proceder a realizar la investigación de campo.
2. Con el protocolo aprobado por el Hospital se solicitó la autorización a la Doctora Olga Cuyún (Coordinadora del Departamento de Odontología Pediátrica de las Clínicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt) para realizar la investigación de campo.
3. Con la autorización, se citaron a los padres y/o encargados para que asistieran con sus hijos que fueron pacientes pediátricos de las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 – 2015. Esta investigación se centra en estos años, dado que no existen registros para contactar a los pacientes que participaron en los años anteriores al 2011.
4. El día de la cita, los sujetos de estudio se dividieron en dos grupos:
 - **Grupo 1:** Recolección de datos clínicos, con el instrumento “**ICDAS**”, dirigida específicamente a los pacientes pediátricos. El ICDAS es un método sensible para la detección de caries dental contabilizando desde las lesiones incipientes hasta las más severas, de esta manera obtuvimos un número que representa un código para cada pieza, al ser una clasificación no se puede obtener un promedio total. Para ello se utilizó el índice de CPO-total para obtener un promedio de severidad.

- **Grupo 2:** Recolección de datos con la evaluación de conocimientos en salud oral y metodología “PNI” dirigida a los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos

5. Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa Excel y luego procesados en el programa estadístico SPSS para realizar el análisis.

Se utilizó el software de análisis estadístico SPSS porque prepara los datos para el análisis de forma rápida y sencilla, incluyendo herramientas básicas para el proceso analítico.

Análisis Estadístico:

Dado que la investigación se desarrolla a partir de un modelo mixto:

- a) Se aplicó un análisis estadístico mediante:
- Medidas de tendencia central
 - Medidas de dispersión
 - Elaboración de tablas y gráficas por porcentajes

X. RESULTADOS

TABLA No.1

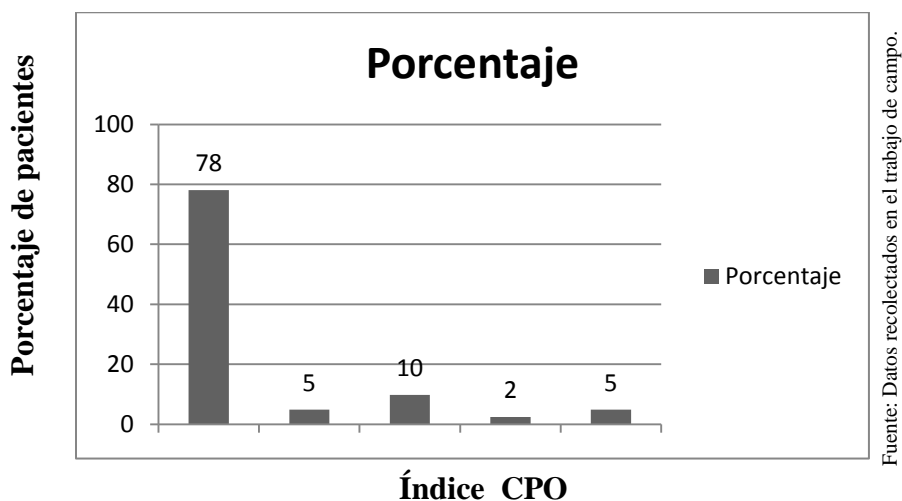
“CPO de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”

| Índice CPO | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| 0 | 32 | 78 | 78 |
| 1 | 2 | 5 | 83 |
| 2 | 4 | 10 | 93 |
| 3 | 1 | 2 | 95 |
| 4 | 2 | 5 | 100 |
| Total | 41 | 100 | |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Gráfica No.1

“CPO de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”



Interpretación Tabla y Gráfica No.1: En la gráfica se muestra que el 78% de los pacientes evaluados presentan un Índice CPO de 0 (piezas permanentes sanas).

TABLA No.2

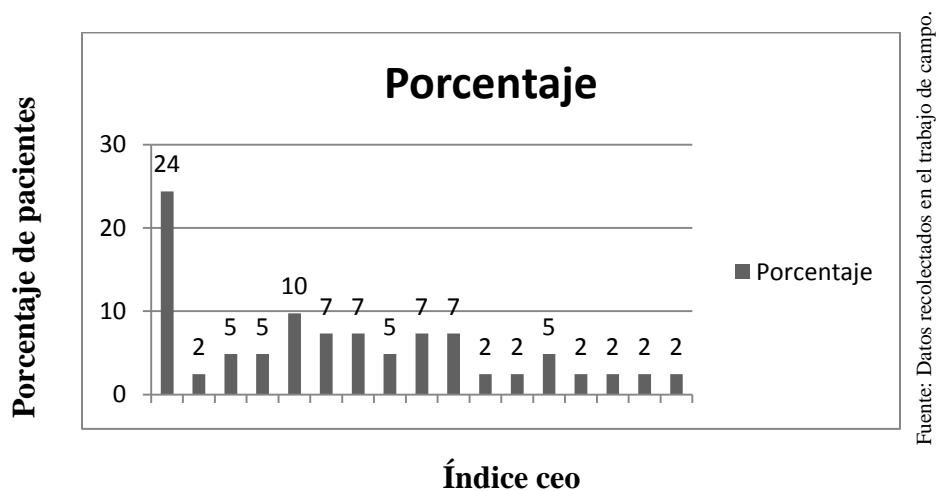
“Índice de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”

| Índice ceo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| 0 | 10 | 24 | 24 |
| 1 | 1 | 2 | 27 |
| 2 | 2 | 5 | 32 |
| 3 | 2 | 5 | 37 |
| 4 | 4 | 10 | 46 |
| 5 | 3 | 7 | 54 |
| 6 | 3 | 7 | 61 |
| 7 | 2 | 5 | 66 |
| 8 | 3 | 7 | 73 |
| 9 | 3 | 7 | 80 |
| 11 | 1 | 2 | 83 |
| 12 | 1 | 2 | 85 |
| 13 | 2 | 5 | 90 |
| 14 | 1 | 2 | 93 |
| 16 | 1 | 2 | 95 |
| 17 | 1 | 2 | 98 |
| 18 | 1 | 2 | 100 |
| Total | 41 | 100 | |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Gráfica No.2

“ceo de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”



Interpretación Tabla y Gráfica No. 2: En la gráfica se observa que únicamente el 24% de pacientes evaluados presentan un índice ceo de 0 (piezas primarias sanas) siendo equivalente a 10 pacientes de 41 evaluados.

TABLA No.3

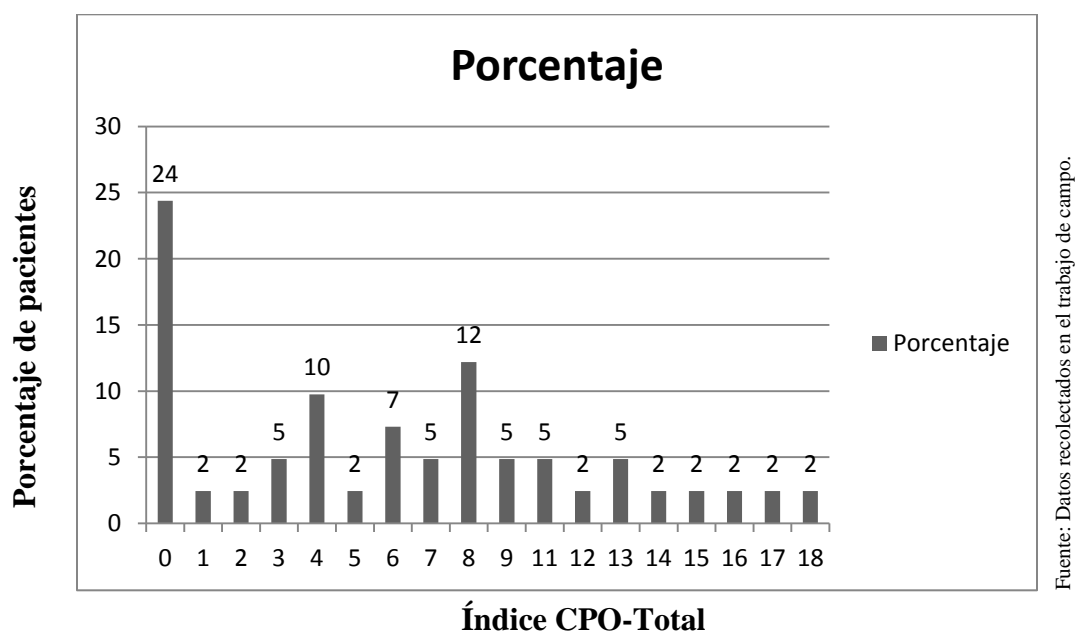
“CPO-Total de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”

| Índice CPO--T | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| 0 | 10 | 24 | 24 |
| 1 | 1 | 2 | 27 |
| 2 | 1 | 2 | 29 |
| 3 | 2 | 5 | 34 |
| 4 | 4 | 10 | 44 |
| 5 | 1 | 2 | 46 |
| 6 | 3 | 7 | 54 |
| 7 | 2 | 5 | 59 |
| 8 | 5 | 12 | 71 |
| 9 | 2 | 5 | 76 |
| 11 | 2 | 5 | 80 |
| 12 | 1 | 2 | 83 |
| 13 | 2 | 5 | 88 |
| 14 | 1 | 2 | 90 |
| 15 | 1 | 2 | 93 |
| 16 | 1 | 2 | 95 |
| 17 | 1 | 2 | 98 |
| 18 | 1 | 2 | 100 |
| Total | 41 | 100 | |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Gráfica No.3

“CPO-Total de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”



Interpretación Tabla y Gráfica No.3: El 24% de los pacientes (10 pacientes de 41 evaluados) se encuentran con un índice de CPO-TOTAL de 0 (piezas primarias y permanentes sanas).

Tabla No.4

“Análisis estadístico CPO de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la Implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| CPO | 41 | 0 | 4 | 0,5 | 1,1 |
| N | 41 | | | | |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Interpretación Tabla No. 4: El 68% de los datos fluctúan en un rango de -0.6 a 1.6 con una media de 0.5 y una desviación estándar de 1.1 del índice CPO.

Tabla No.5

“Análisis estadístico ceo de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la Implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| ceo | 41 | 0 | 18 | 5,8 | 5,2 |
| N | 41 | | | | |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Interpretación Tabla No. 5: Los datos en un 68% fluctúan en un rango de 0.6 a 11 con una media de 05.8 y una desviación estándar de 5.2 del índice ceo.

Tabla No.6

“Análisis estadístico CPO-Total de pacientes entre 1 a 8 años de edad atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de Odontología para el bebé entre los años 2011-2015”

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|------------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| CPO-Total | 41 | 0 | 18 | 6,3 | 5,4 |
| N | 41 | | | | |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación Tabla No.6: El 68% de los datos se encuentran en un rango de 0.8 a 11.7 con una media de 6.3 y una desviación estándar de 5.4 del índice CPO-Total.

Tabla No.7

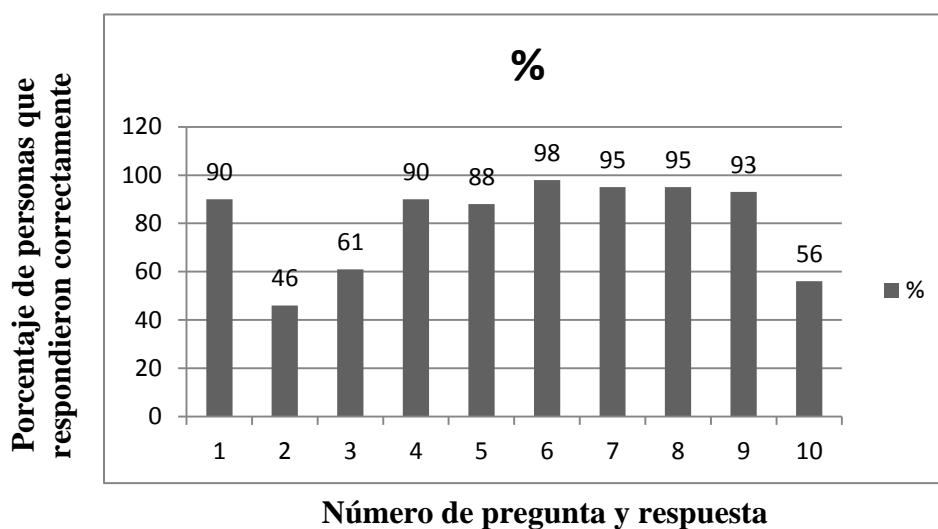
“Conocimientos de los padres y/o encargados sobre cuidados y hábitos de higiene oral aplicados a pacientes pediátricos”

| No. pregunta | Respuesta correcta | No. Padres | % |
|--------------|---|------------|----|
| 1 | Importancia de la higiene oral para la reducción de enfermedades dentales | 37 | 90 |
| 2 | Hábitos de higiene oral complementando con alimentación sana | 19 | 46 |
| 3 | Primera visita al Odontólogo antes de la erupción de dentición primaria | 25 | 61 |
| 4 | Realización de higiene oral todos los días | 37 | 90 |
| 5 | Responsabilidad de los padres de cepillar a sus hijos | 36 | 88 |
| 6 | Consumo de bebidas azucaradas por la noche aumenta riesgo de caries | 40 | 98 |
| 7 | Visita al odontólogo para exámenes de rutina | 39 | 95 |
| 8 | Alimentación sana | 39 | 95 |
| 9 | Conocimiento de los beneficios del flúor para prevención de caries | 38 | 93 |
| 10 | Adquisición de conocimientos sobre higiene oral por las charlas impartidas con el tema “odontología para el bebé” | 23 | 56 |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Gráfica No.7

“Conocimiento de los padres y/o encargados sobre cuidados y hábitos de higiene oral aplicados a pacientes pediátricos”



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Interpretación Tabla y Gráfica No.7: El 56% de los padres y/o encargados refieren poseer el conocimiento gracias a las charlas impartidas en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011-2015.

Tabla No.8

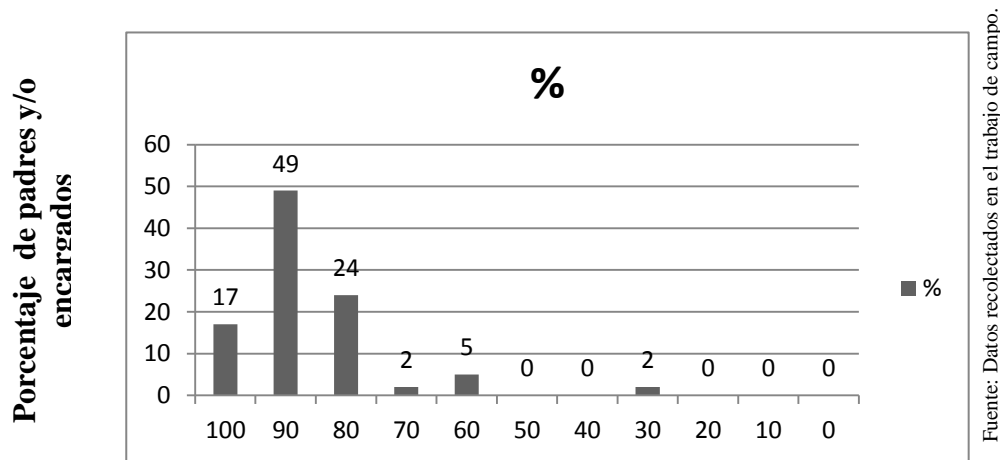
“Ponderación obtenida por los padres y/o encargados en la encuesta sobre cuidados y hábitos de higiene oral aplicados a pacientes pediátricos”

| Ponderación | No. Padres y/o encargados | % |
|-------------|---------------------------|-----|
| 100 | 7 | 17 |
| 90 | 20 | 49 |
| 80 | 10 | 24 |
| 70 | 1 | 2 |
| 60 | 2 | 5 |
| 50 | 0 | 0 |
| 40 | 0 | 0 |
| 30 | 1 | 2 |
| 20 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 |
| | 41 | 100 |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Gráfica No.8

“Ponderación obtenida por los padres y/o encargados en la encuesta sobre cuidados y hábitos de higiene oral aplicados a pacientes pediátricos”



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Ponderación obtenida en el cuestionario

Interpretación Tabla y Gráfica No. 8: El 91% de los encuestados obtuvo una ponderación igual o mayor a 80 puntos, el 7% se encuentra entre los 60-70 puntos y solamente el 2% se encuentra con una ponderación igual o menor a 50 puntos.

Tabla No.9

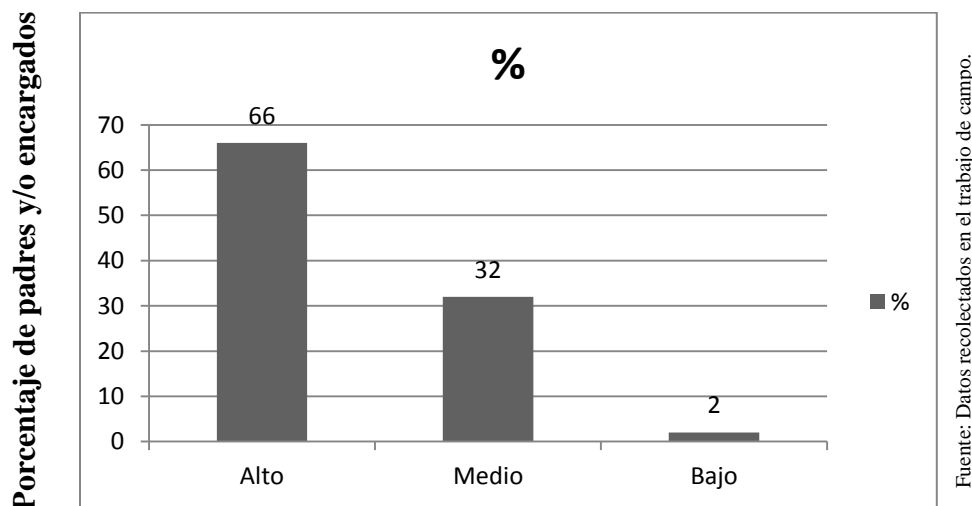
“Categorización de las ponderaciones obtenidas por los padres y/o encargados en la encuesta sobre cuidados y hábitos de higiene oral aplicados a pacientes pediátricos”

| Categoría | Rango | No. de padres y/o encargados | % |
|------------------|--------------|-------------------------------------|------------|
| Alto | 90-100 | 27 | 66 |
| Medio | 60-80 | 13 | 32 |
| bajo | 0-50 | 1 | 2 |
| | | 41 | 100 |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Gráfica No.9

“Categorización de las ponderaciones obtenidas por los padres y/o encargados en la encuesta sobre cuidados y hábitos de higiene oral aplicados a pacientes pediátricos”



Categorización de conocimientos

Interpretación Tabla y Gráfica No.9: El 66% de los encuestados se encuentran en la categoría de conocimiento “Alto” con una ponderación de 90-100 puntos, el 32% en la categoría de conocimiento “Medio” con 60-80 puntos y el 2% en la categoría “Bajo” conocimiento con una ponderación igual o menor a 50 puntos.

Tabla No.10

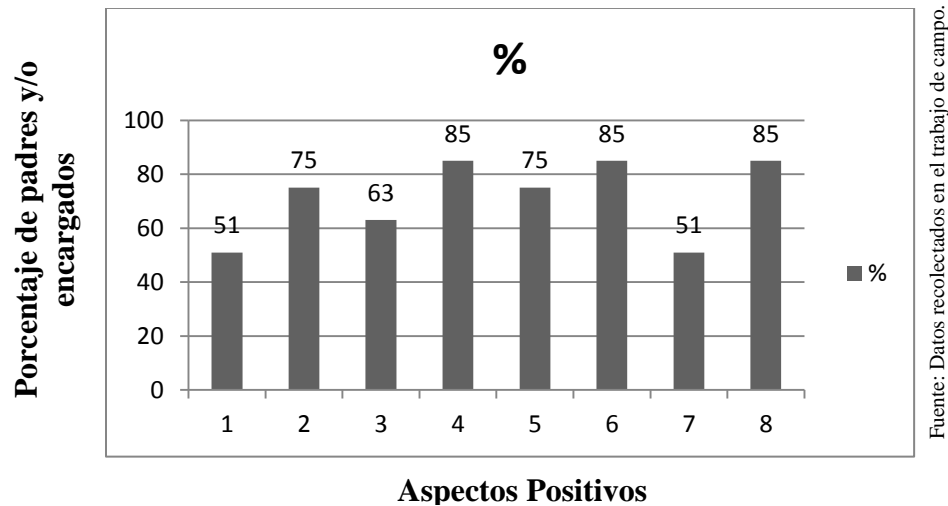
“Aspectos positivos según las experiencias de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre el 2011-2015”

| No. | Aspecto | No. de padres y/o encargados | % |
|-----|--|------------------------------|----|
| 1 | Tiempo de espera corto desde petición de la cita hasta la consulta | 21 | 51 |
| 2 | Puntualidad por parte del personal | 31 | 75 |
| 3 | Buen trato por parte de la asistente | 26 | 63 |
| 4 | Trato adecuado por parte de la odontóloga | 35 | 85 |
| 5 | Explicación fácil de la salud bucal y cuidados de su bebé | 31 | 75 |
| 6 | Orden y limpieza de la clínica dental adecuados | 35 | 85 |
| 7 | Accesibilidad desde su residencia hasta la Clínica del Niño Sano | 21 | 51 |
| 8 | Procedimientos cuidadosos por parte de la odontóloga hacia su bebé | 35 | 85 |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Gráfica No. 10

“Aspectos positivos según las experiencias de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre el 2011-2015”



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Interpretación Tabla y Gráfica No.10: Entre los aspectos positivos más sobresalientes según los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre los años 2011-2015 se encuentran la puntualidad por parte del personal, explicación sencilla sobre la salud y cuidados de la boca del bebé y trato adecuado por parte del personal, todos estos con un porcentaje arriba del 75% de los encuestados.

Tabla No.11

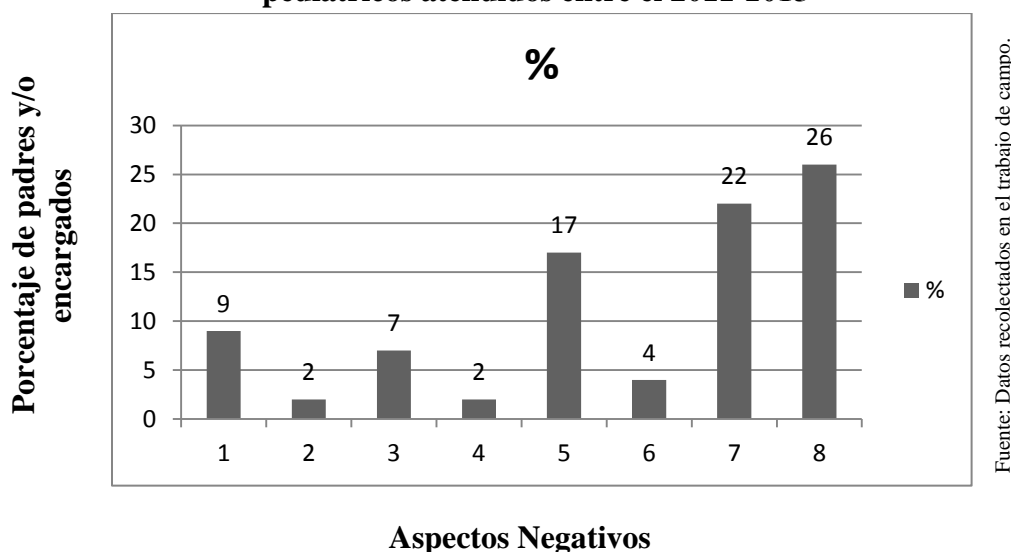
“Aspectos negativos según las experiencias de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre el 2011-2015”

| No . | Aspecto | No. padres y/o encargados | % |
|------|---|---------------------------|----|
| 1 | Impuntualidad por parte del personal | 4 | 9 |
| 2 | Mal trato por parte de la asistente | 1 | 2 |
| 3 | Trato inadecuado por parte de la odontóloga | 3 | 7 |
| 4 | No entendió la explicación sobre cuidados y salud oral de su bebé | 1 | 2 |
| 5 | Se le olvidó la explicación sobre cuidados y salud oral de su bebé | 7 | 17 |
| 6 | Orden y limpieza de la clínica dental deficiente | 2 | 4 |
| 7 | dificultad de traslado desde su residencia hasta la Clínica del Niño Sano | 9 | 22 |
| 8 | Bebé poco colaborador al momento de realizar el examen clínico | 11 | 26 |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Gráfica No.11

“Aspectos negativos según las experiencias de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre el 2011-2015”



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Interpretación Tabla y Gráfica No.11: Entre los aspectos negativos más sobresalientes según los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre los años 2011-2015 se encuentran la poca colaboración del bebé al momento de realizar el examen clínico y demostración de higiene oral con un 26%, la dificultad de traslado desde su residencia hasta las instalaciones de la clínica del niño sano con un 22% y el 17% de los encuestados admitieron haber olvidado la explicación brindada por las odontólogas.

Tabla No.12

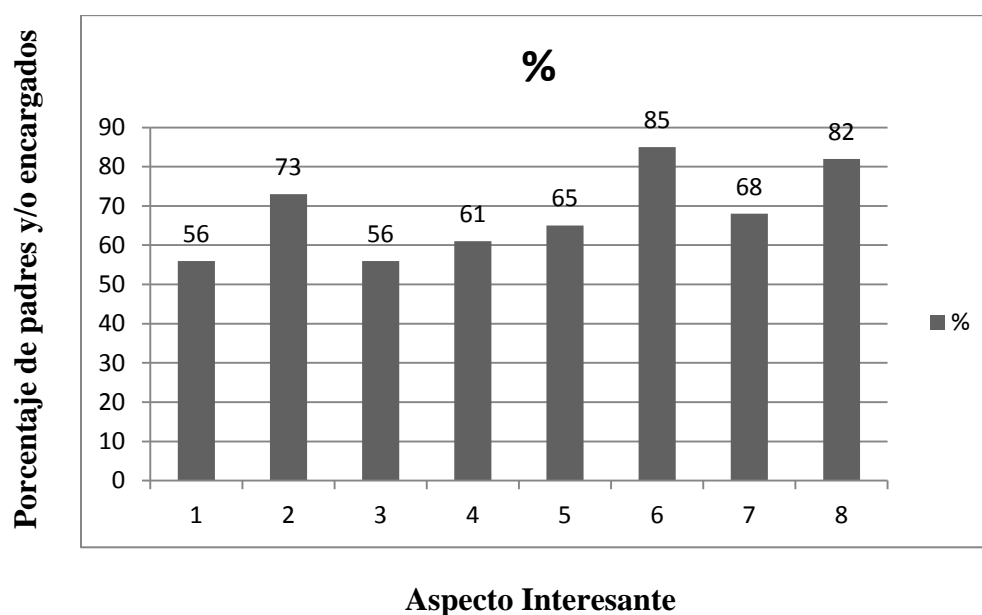
“Aspectos Interesantes según las experiencias de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre el 2011-2015”

| No. | Aspecto | No. padres y/o encargados | % |
|-----|---|---------------------------|----|
| 1 | Atención a niños menores de 3años | 23 | 56 |
| 2 | Charlas informativas sobre cuidados de higiene oral aplicables a la familia | 30 | 73 |
| 3 | Información útil sobre dieta | 23 | 56 |
| 4 | Participación de los padres en la visita dental | 25 | 61 |
| 5 | Enseñanza de procedimientos de higiene bucal en niños menores de 3 años | 27 | 65 |
| 6 | Importancia compartirlo con otras personas | 35 | 85 |
| 7 | Lo que aprendió lo aplicó con otros miembros de su familia | 28 | 68 |
| 8 | Importancia de visitar periódicamente al odontólogo | 34 | 82 |

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Gráfica No.12

“Aspectos Interesantes según las experiencias de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre el 2011-2015”



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo.

Interpretación Tabla y Gráfica No.12: En la gráfica se observa que los encuestados encuentran interesante lo aprendido con el método de odontología para el bebé, admitiendo haberlo aplicado a otros miembros de la familia así como calificando el programa de innovador.

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 41 pacientes entre las edades de 1 a 8 años acompañados por sus padres y/o encargados que asistieron a las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011-2015 a quienes se les implementó la metodología de **“odontología para el bebé”**.

Del total de los 41 padres y/o encargados evaluados en los temas sobre conocimientos y prácticas que tenían en cuanto a higiene oral con sus hijos, el 66% de los evaluados se categorizaron con un conocimiento “Alto” encontrándose en el rango de 90 a 100 puntos, el 32% se categorizó en el nivel de conocimiento “Medio” con 60 a 80 puntos y solamente el 2% en la categoría “Bajo” conocimiento con 0 a 50 puntos. El conocimiento de los padres y/o encargados no se relaciona directamente con el estado de salud bucal de los pacientes pediátricos evaluados debido a que existen muchos factores que deben de tomarse en cuenta como la aplicabilidad de los conocimientos, tiempo, escolaridad, obtención de recursos, interés por parte de los padres, buena técnica de cepillado, colaboración por parte de los niños, etc.

En cuanto a los aspectos positivos en un promedio obtenido en todas las literales marcadas por el total de 41 evaluados el 71.64% indicó que el servicio dental ofrecido a sus hijos entre los años 2011-2015 les pareció positivo, donde el buen trato por parte del personal (asistentes y odontólogas), puntualidad y la explicación fácil del estado de salud y cuidados de la higiene oral de sus hijos fueron los más relevantes.

Entre los aspectos negativos más sobresalientes según los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos atendidos entre los años 2011-2015 se encuentran la poca colaboración del bebé al momento de realizar el examen clínico y demostración de higiene oral con un 26%, la dificultad de traslado desde su residencia hasta las instalaciones de la Clínica del Niño Sano con un 22% y el 17% de los encuestados admitieron haber olvidado la explicación brindada por las odontólogas, todo esto no se relaciona directamente con el servicio dental.

El Sistema Internacional para la detección de caries dental (por sus siglas en inglés ICDAS) es un método sensible y específico donde se contabilizan todas las lesiones desde las incipientes hasta las más severas, de esta manera no omitimos ninguna lesión de caries. Debido a que este sistema se representa por códigos no fue posible obtener un resultado total. Es por eso que para su posterior análisis se utilizó el índice de CPO-total obteniendo de esta manera un promedio de severidad por paciente y grupal.

El 68.25% de los evaluados respondieron que los aspectos interesantes los habían aplicado a otros miembros de su familia, compartieron la información con otras personas además de la importancia de visitar periódicamente al odontólogo para chequeos de rutina.

Los resultados encontrados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS, este determinó que en el **Índice CPO** el 22% de las piezas dentales permanentes evaluadas presentaban caries o tenían historia de ésta, mientras que el 78% se encontraban sanas. Además se obtuvo una media o promedio de 0.5 ($D.S = \pm 1.1$) se categoriza en el nivel de severidad “**Muy bajo riesgo**”, concentrándose el 68% de la muestra evaluada entre los límites de -0.6 a 1.6.

El **Índice ceo** mostró que el 76% de las piezas dentales primarias evaluadas presentaban o tenían historia de caries y solamente el 24% se encontraban sanas. Este grupo cuenta con una media o promedio de 5.8 ($D.S = \pm 5.2$) clasificándose en el nivel de severidad “**Alto riesgo**”, concentrándose el 68% de los datos entre los límites 0.6 a 11.

En el análisis estadístico del **Índice de CPO-T** se encontró que únicamente el 24% de la muestra se encuentra sana mientras que el 76% restante se encuentra con piezas dentales tanto primarias como permanentes con historia o presencia de caries. Además cuenta con una media de 6.3 ($D.S = \pm 5.4$) categorizando a la muestra en el nivel de severidad “**Alto riesgo**”, posicionando el 68% de la muestra entre los límites 0.8 a 11.7.

En las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt se ha implementado la “**odontología para el bebé**” desde hace más de 10 años, el cual nunca ha sido evaluado para determinar el alcance del programa en las bocas de todos los bebés que han sido atendidos, es por eso que se evaluó a los pacientes que asistieron desde 2011 hasta el 2015, según los análisis estadísticos

realizados para la operacionalización de la variable **“Prevalencia de caries de pacientes pediátricos atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt entre los años 2011-2015”**; se determinó que la muestra cuenta con un CPO-T de 6.3 categorizándose en su indicador como “Alto riesgo” por lo tanto en su operacionalización de variable el programa es **INACEPTABLE**, debido a que solamente el 24% de los pacientes presentan un CPO-T de “Muy bajo riesgo”.

Si se decidiera establecer el alcance en **dentición permanente** el programa se categorizaría como **MUY ACEPTABLE** debido a que se obtuvo un CPO de 0.5 en su indicador “Muy bajo riesgo”.

Mientras que en la **dentición primaria** el ceo fue de 5.8 en su indicador “Alto riesgo” clasificándolo de igualmanera que el CPO-T en **INACEPTABLE**.

XII. CONCLUSIONES

- Únicamente el 24% de los niños evaluados del total de la muestra contaron con un CPO-T de cero.
- El alcance de las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011-2015 se clasifica como “Inaceptable” debido a que el CPO-T fue de 6.3 indicado como pacientes de “Alto riesgo”.
- En la categorización individual según dentición, la permanente se cataloga como “Muy Aceptable” debido a que posee un CPO de 0.5 con el indicador “Muy bajo riesgo”, mientras que en la dentición primaria se cataloga el alcance como “Inaceptable” por poseer un CPO de 5.8 con el indicador “Alto riesgo”.
- En los conocimientos en salud oral adquiridos por los padres y/o encargos de los pacientes pediátricos de las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt que asistieron entre los años 2011-2015, se determinó que el 66% de los evaluados poseen un conocimiento “Alto”, el 32% posee conocimiento “Medio” y únicamente 2% posee conocimiento “Bajo”, esto no se encuentra relacionado con la salud bucal de los pacientes pediátricos evaluados ya que se deben de tomar en cuenta otros factores como recursos, tiempo, interés por parte de los padres, aplicabilidad de los conocimientos en los niños evaluados, colaboración del niño, etc.
- Entre Los aspectos positivos más relevantes se encontraron el buen trato por parte del personal (asistentes y odontólogas), fácil explicación del estado de salud y cuidados de la cavidad oral de los pacientes pediátricos y puntualidad al atender a los pacientes.
- Los aspectos negativos más relevantes no se relacionan con el servicio dental ni profesional, entre ellos la lejanía de residencia hasta las Clínicas del Niño Sano, la poca colaboración del bebé al momento de la explicación sobre cuidados de higiene oral y algunos admitieron haber olvidado lo explicado en las charlas.
- Los padres de familia y/o encargados refirieron haber aplicado y compartido el conocimiento adquirido en su visita con otros miembros de la familia, comprender la importancia de las visitas regulares al odontólogo para chequeos de rutina así como también les pareció interesante la atención a niños menores de 3 años de edad.

XIII. RECOMENDACIONES

- Realizar un seguimiento periódico del estado de salud bucal de los pacientes pediátricos atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt con la implementación de odontología para el bebé.
- Realizar un convenio entre las Clínicas Odontológicas del Hospital Roosevelt y el departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala para que los niños que asistan a dicho centro al tener presentes en boca las primeras molares permanentes puedan ser referidos para darles seguimiento.

XIV. LIMITACIONES

- Localizar a los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos fue difícil debido a que los números de teléfono registrados en las fichas clínicas cambiaron de titular de línea, se encontraban fuera de servicio, no respondían o no existían.
- Cambio de residencia de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos.
- Algunos de los padres y/o encargados con los pacientes pediátricos citados no se presentaron a su cita.
- Comportamiento inadecuado de los niños.
- Desinterés por parte de los padres y/o encargados de los pacientes pediátricos.
- Poco tiempo por parte de las clínicas odontológicas del niño sano del hospital Roosevelt para realizar el trabajo de campo, ya que exigían que por ser pacientes del hospital se realizara la recolección de datos en sus instalaciones.
- No pudimos obtener un promedio de severidad individual y grupal de caries por medio del sistema ICDAS debido a que este utiliza números que representan una clasificación diferente para cada lesión, por lo tanto se utilizó el CPO total para su posterior análisis.
- Muestra muy pequeña por lo tanto el análisis estadístico no fue con gran detalle.
- La aprobación del protocolo por parte del Hospital Roosevelt atrasó la etapa de trabajo de campo para la recolección de datos.

XV. ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

1. Consentimiento informado

El consentimiento informado es ante todo una necesidad ética, ya que a los pacientes o familiares se les debe facilitar la información, verbalmente y por escrito, debiendo realizarse en términos comprensibles. Para que de esta manera tanto el paciente como los familiares se encuentren en la libre elección de participar o no en los procedimientos a realizarse.

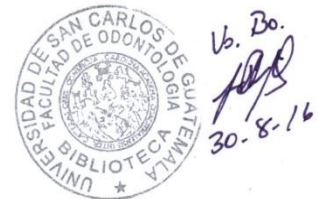
Por regla general el documento va dirigido al paciente cuando éste se encuentra en el goce de sus facultades mentales y es una persona adulta. En Odontopediatría este documento de base legal va dirigido a los padres, tutores o representantes legales del paciente evitando así cualquier inconveniente que pueda afectar al odontólogo practicante además de amparar al paciente.

XVI. BIBLIOGRAFÍAS

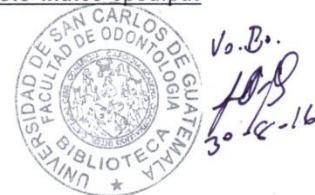
1. Bezerra, L. et.al. (2008). **Tratado de odontopediatría: odontología para bebés nociones para la práctica clínica.** Brasil: Amolca. Tomo II. pp. 788
2. Boj, J.R. et. al. (2004). **Odontopediatría.** Barcelona: Masson. pp. 125 – 140.
3. Borda, G. (2004). **Odontología para el bebé: modelo de atención en salud pública.** (en línea). Perú: Consultado en ago de 2014. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XF8KKDYmRTMJ:revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3421+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt>
4. Capote, M. M. y Campello, L. E. (2012). **Relación de la salud bucal con la familia y el estomatólogo.** 49(3). (en línea). La Habana, Cuba: Consultado el 6 de feb 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300009
5. Casamassimo, P. et. al. (1994). **Odontología pediátrica: examen del lactante y del niño menor de tres años.** 2ed. USA: Interamericana. pp 187.
6. Ciccalé, A. y Barrios, Z. (2007). **La clínica del bebé: una alternativa de salud buco dental en la atención primaria.** (en línea). Venezuela: Departamento de Odontología Preventiva y Social, Universidad de Los Andes: Consultado en ago de 2014. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-YOBGSvUNL8J:www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/34310/3/articulo_15.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt
7. Cisneros, G. y Hernández, Y. (2011). **La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida.** 15(10). (en línea). Santiago de Cuba: Medisan. Consultado el 25 de oct. 2014. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_10_11/san131011.htm



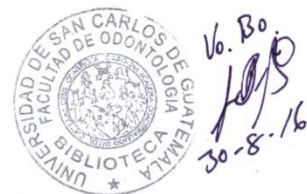
8. Cupé, A. y García, R. (2015). **Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento.** 25(2). (en línea). Perú: Consultado el 20 de oct. 2015. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vu_nY5Zv2EwJ:www.upch.edu.pe/vri_nve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2457/2392+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt
9. De León, L.A. (2009). **Índice CPO.** Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área de Odontología Socio-Preventiva. 6 p.
10. ----- (2015). **Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas: Instructivo para examinadores sobre detección de lesiones de caries dental.** Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área de Odontología Socio-Preventiva. 2 p.
11. ----- (2011). **Sistema internacional de valoración y detección de caries dental: ICDAS.** Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área de Odontología Socio-Preventiva. 10 p.
12. Fernández, M. J. et.al. (2010). **Índices epidemiológicos para medir la caries dental.** (en línea). s.l.: Consultado el 8 de jul. 2016. Disponible en: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>



13. Figueiredo, M. et. al. (2008). **La importancia de incluir a los niños en el primer año de vida en los proyectos de salud pública: evaluación de los resultados de una clínica de bebés.** 19(2). (en línea). Colombia: Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Consultado en ago de 2014. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wGZzsM2n5WkJ:www.scielo.org.co/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0121-246X2008000100002+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt
14. ----- y López, M. D. (2008). **La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de salud.** 79(2). (en línea). Uruguay: Consultado el 25 de oct. 2014. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492008000200008&script=sci_arttext
15. Henríquez, M.A. Palma, C y Ahumada, D. (2010). **Lactancia materna y salud oral.** 18(2): (en línea). Madrid: Consultado el 6 de feb. 2015. Disponible en: <http://clincicasden.es/wp-content/uploads/2010/12/Lactancia-y-salud-oral.pdf>
16. Koch, G. y Poulsen, S. (2011). **Odontopediatría abordaje clínico: perspectivas del cuidado de la salud bucal en odontopediatría.** 2ed. Reino Unido: Amolca. pp. 1-2
17. Martínez, J. Peña, T. y García, A. (2011). **Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer.** 33(4). (en línea). Matanzas, Cuba: Consultado el 25 de oct. 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400012&script=sci_arttext
18. Milgrom, P. y Weinstein, P. (2006). **Caries de la niñez temprana: una perspectiva multidisciplinaria para prevención y tratamiento de la condición.** Trad. Lydia M. López del Valle, Rafaela Mena y Adolfo Correa Luna. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas. pp. 8-92.
19. Ministerio de Salud de la Nación. (2013). **Indicadores epidemiológicos para la caries dental.** (en línea). Buenos Aires: Consultado el 8 de jul. 2016. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cent-protocolo-indice-cpod.pdf>



20. Pinkham, J. (1999). **Odontología pediátrica**. 3ed. USA: McGraw-Hill. 134 p.
21. Pires, M. S. Schmitt, R. M. y Kimm, S. Y. (2009). **Salud bucal del bebé al adolescente: guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores**. Trad. Manuel Navarro Herrera, Beatriz Eugenia Diez Rivera y Lorena del Carmen García Huerta. Sao Paulo, Brasil: Santos 176 p.
22. Salette, M. (2009). **Odontopediatría en la primera infancia**. Trad. Jenny H. Abanto Alvarez. Sao Paulo, Brasil: Gen. 624 p.
23. Urgullés, Y. y Abellas, M.A. (2012). **Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal**. 16(4). (en línea). Santiago de Cuba: Medisan. Consultado el 25 de oct. 2014. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_4_12/san13412.htm
24. Véliz, O. et. al. (2012). **Memorias convención internacional de salud pública**. (en línea). Cuba: Consultado en ago de 2014. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/313/157>
25. Zamora, P. (2012). **La caries dental y su asociación a determinados factores de riesgo, en preescolares de un centro de salud de la comunidad de Madrid, bajo los criterios diagnósticos de caries ICDAS II: Sistema ICDAS II**. Tesis (Máster Oficial en Ciencias Odontológicas). (en Línea). España: Universidad Complutense de Madrid. Consultado el 20 de oct. 2015. Disponible en: http://eprints.ucm.es/19998/1/DEA_FINAL_JUNIO_2012.pdf



XVI. ANEXOS

- 1.** Consentimiento informado
- 2** Ficha de investigación datos ICDAS
- 3** Cuestionario de Investigación (hábitos de higiene oral y PNI)
- 4.** Solicitud para autorización de trabajo de investigación pre-grado Hospital Roosevelt, Formulario HR-1.
- 5.** Solicitud de autorización Clínicas Odontológicas del Niño Sano del Hospital Roosevelt.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento es parte del estudio para reevaluar a los pacientes pediátricos que asisten a consulta en las clínicas 13 y 14 de Odontología Pediátrica del Departamento de Estomatología en la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt, que han asistido durante los años 2011 al 2015, con la finalidad de dar seguimiento al estado de salud bucal, así como evaluar el conocimiento adquirido por los padres acerca de la prevención y cuidados de higiene bucal para prevenir enfermedades dentales en sus hijos desde temprana edad.

Para evaluar el alcance del Programa a los niños y niñas que fueron atendidos en él, se les realizará un examen en presencia de los padres o encargados que consiste en una revisión de la cavidad bucal para anotar en una ficha clínica las piezas dentales sanas, con caries, con otro tratamiento y aquellas que se han perdido por caries.

El examen es realizado por dos estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan el último año de la carrera de Cirujano Dentista como parte del estudio de tesis de graduación.

Durante el procedimiento antes descrito, se utilizarán guantes de látex, medidas de bioprotección (uniforme blanco, lentes, mascarilla y gorro), instrumental básico para examen clínico (espejo, pinza, explorador).

Si está de acuerdo con participar en el estudio, usted y su hijo (a), por favor llenar los siguientes datos:

Nombre del padre/madre/tutor o encargado del paciente: _____

Identificación: _____

Firma: _____

Fecha: _____

En casos de analfabetismo, colocar huella digital:



Odontograma para registrar ICDAS

Nombre: _____ Edad: _____ No. _____

[illegible]

| | |
|----------------------|-----------------|
| 11 No Eruptada | 12 Exfoliada |
|----------------------|-----------------|

| | | | | |
|-----------|--|---|---|---|
| 0 Sano | 1 Primer cambio visual en el esmalte (opacidad de la lesión, lesión blanca o marrón) detectado tras la aspiración dentro del área de la fisura. | 2 Cambio distintivo blanco o marrón en el esmalte, visto en seco (antes de la aspiración), extendiéndose más allá del área de la fisura. | 3 Microcavitación. Localización de esmalte partido. No se aprecia dentina en la zona de la fisura. Puede usarse una sonda para confirmar la ruptura localizada | 4 Sombra oscura subyacente, semiescondida de la dentina, con o sin localización de esmalte partido |
| | 5 Cavidad con dentina expuesta en la base de la misma. | 6 Cavidad extensa con dentina visible en la base y paredes de la cavidad. | 7 Perdidas x caries | 8 Obturadas x caries |
| | | 9 Perdidas por otra razón. | 10 Obturadas por otra razón | |



**“Alcances obtenidos en el área odontológica de la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt
con la implementación de odontología para el bebé, entre los años 2011 - 2015”**

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre o encargado: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ **Fecha de evaluación:** _____

1era Parte

Conocimientos sobre Higiene Oral

Instrucciones: Subraye la opción que usted considere correcta.

1. ¿Por qué la higiene bucal en los niños es importante?

- a) Ayuda en el crecimiento del niño.
- b) Reduce la probabilidad de enfermedades dentales.
- c) Mejora las capacidades físicas del niño.
- d) No es necesaria cuando el niño es pequeño.

2. ¿Cuál de las siguientes opciones ha tenido en cuenta para el cuidado de la salud bucal de su niño?

- a) Limpiarle los dientes y boca.
- b) Darle alimentos sanos.
- c) Hago todas las anteriores.
- d) No hago nada de eso.

3. La primera visita al odontólogo se recomienda a partir de:

- a) Antes que salgan los dientes de leche.
- b) Cuando el niño tiene todos sus dientes de leche.
- c) Cuando el niño tiene todos sus dientes de adulto.
- d) Solo cuando existe dolor.

4. ¿Con qué frecuencia le cepilla los dientes a su hijo?

- a) Todos los días.
- b) Un día sí, un día no.
- c) 1 vez a la semana.
- d) Nunca.

5. En cuanto al cepillado dental:

- a) Los niños deben cepillarse los dientes por sí solos.
- b) Los padres deben cepillar los dientes de sus hijos.
- c) El cepillado dental debe iniciarse en los niños mayores de 3 años.
- d) Solamente el dentista puede cepillarle los dientes a los niños.

6. ¿Qué efecto tendría si su hijo toma pacha con líquidos azucarados todas las noches?

- a) Va a estar más fuerte al despertar.
- b) Estará más sano.
- c) Estará más expuesto a tener caries.
- d) No pasa nada.

7. Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) Si, para un examen de rutina.
- b) Solo si el niño tiene dientes chuecos.
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario.
- d) Solo si tiene dolor en la boca.

8. ¿Qué alimentos son mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y vegetales.
- b) Gaseosas y frutas.
- c) Dulces y golosinas.
- d) Todas las anteriores.

9. ¿Cuáles de los siguientes son beneficios del flúor en los dientes?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries.
- b) Blanquea los dientes en los niños.
- c) Permite que los dientes salgan más rápido.
- d) No sé qué es el flúor.

10. Los conocimientos que actualmente aplica en el cuidado de la salud bucal de su hijo, los adquirió mediante:

- a. Folletos, revistas o anuncios informativos.
- b. Por consejos del dentista y/o pediatra que visita.
- c. Por la charla brindada cuando examinaron a su bebé en la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt.
- d. Todas las anteriores.

2da Parte

Valoración del servicio dental ofrecido en la Clínica del Niño Sano

Instrucciones: En su visita al área odontológica de la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt, responda que aspectos le parecieron positivos, negativos e interesantes.

1. Positivos (Aspectos buenos)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Tiempo de espera desde petición de la cita hasta la consulta fue corto. |
| <input type="checkbox"/> | Puntualidad por parte del personal al momento de atender a mi hijo. |
| <input type="checkbox"/> | Buen trato por parte del personal auxiliar o asistente. |
| <input type="checkbox"/> | Trato adecuado por parte de la odontóloga. |
| <input type="checkbox"/> | Explicación fácil de entender, acerca de la salud dental de mi hijo. |
| <input type="checkbox"/> | El orden y limpieza de la clínica dental era buena. |
| <input type="checkbox"/> | Accesibilidad desde mi residencia hasta la clínica dental no es un problema. |
| <input type="checkbox"/> | El odontólogo fue cuidadoso con los procedimientos que le realizó a mi hijo. |

2. Negativos (Aspectos malos)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Impuntualidad por parte del personal al momento de atender o dar cita para mi hijo. |
| <input type="checkbox"/> | Mal trato por parte del personal auxiliar o asistente. |
| <input type="checkbox"/> | Trato inadecuado por parte de la odontóloga. |
| <input type="checkbox"/> | No entendí cuando se me explicó sobre el cuidado de la salud bucal de mi hijo. |
| <input type="checkbox"/> | Se me olvidó la explicación sobre higiene oral. |
| <input type="checkbox"/> | El orden y limpieza de la clínica dental era deficiente. |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad de traslado desde mi residencia hasta la clínica dental. |
| <input type="checkbox"/> | El bebé fue poco colaborador para realizar el procedimiento. |

3. Interesantes (Aspectos nuevos, distintos e innovadores)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Atención a niños menores de 3 años. |
| <input type="checkbox"/> | Charlas informativas sobre cuidados de higiene oral aplicables a toda la familia. |
| <input type="checkbox"/> | Información útil sobre dieta. |
| <input type="checkbox"/> | Participación de los padres de familia en la visita dental. |
| <input type="checkbox"/> | Enseñanza de procedimiento de limpieza bucal en niños menores de 3 años. |
| <input type="checkbox"/> | Me pareció importante para compartirlo con otras personas. |
| <input type="checkbox"/> | Lo aprendido lo apliqué con otros miembros de mi familia. |
| <input type="checkbox"/> | Comprendí la importancia de la visita periódica al odontólogo. |



DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA



FORMULARIO HR- 1

**SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN
DE**

H. 11:40 F. Claudia **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO**

INVESTIGADOR:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jaqueline Edith Herrera Alvarez
DIRECCIÓN Domicilio: Manz. 50 casa 32 La Montaña de Minerva zona 11 de Mixco
Teléfonos: 5429-7540 / 2483-6622 / 5430-2134
Correo electrónico: jaque.line.herrera@hotmail.es

NOMBRE DEL ASESOR: Alma Lucrecia Chinchilla Almaraz
DIRECCIÓN Oficina o Clínica: Edificio M4 Facultad de Odontología USAC
Teléfonos: 5901-1570
Fax: —
Correo electrónico: alma.luchini@yahoo.com

Firma: [Firma] SELLO:

NOMBRE DEL REVISOR: Marvin Lizandro Maas Ibarra
DIRECCIÓN oficina o Clínica: Edificio M4 Facultad de Odontología USAC
Teléfonos: 5708 1726
Fax: —
Correo electrónico: mlmaas12@yahoo.es

Firma: [Firma] SELLO:

TITULO DE LA INVESTIGACION: (con letra clara de imprenta)

"Alcances obtenidos en la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt, con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011-2015"

UNIVERSIDAD: USAC ☒ UFM ☐ URL ☐ UMG ☐ OTRA ☐

JEFE DE DEPARTAMENTO DE TESIS DE LA FACULTAD:

Fecha: 11/06/2016

Teléfono: —

NOMBRE: María del Orozco

(Firma y Sello)

Teléfono 24188219 Ext: — Correo electrónico: matoralla@yahoo.com



HOSPITAL ROOSEVELT



No.220

Guatemala, marzo de 2016.

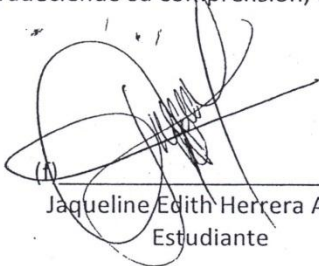
Dra. Olga Cuyun
Directora del Área Estomatológica
Clínica Del Niño Sano
Hospital Roosevelt

Estimada Dra. Cuyun:

Reciba un cordial saludo, esperando que todas sus actividades laborales sean de gran éxito. A través de la presente carta deseamos solicitarle su autorización para llevar a cabo la realización del trabajo de campo de la tesis que lleva por título: "Alcances obtenidos en la Clínica del Niño Sano del Hospital Roosevelt, con la implementación de odontología para el bebé entre los años 2011 - 2015".

Por ello necesitaremos su colaboración y la de los padres y/o encargados para realizarles un examen clínico a los pacientes pediátricos que han asistido al área odontológica de las Clínicas del Niño Sano, siempre que el padre y/o encargado acepte colaborar por medio de un consentimiento informado.

Agradeciendo su comprensión, esperando una respuesta favorable y sin otro particular.


(f) Jaqueline Edith Herrera Alvarez
Estudiante


(f) Emilsa Maricel Escobar Lucero
Estudiante


(f) Dra. Alma Lucrecia Chinchilla
Asesora

CLINICA DEL NIÑO SANO
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
HOSPITAL ROOSEVELT

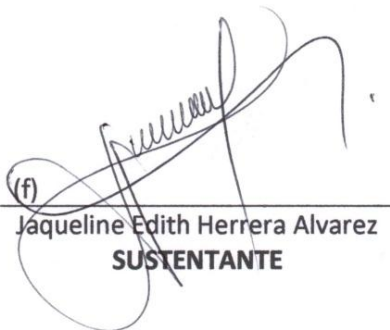
05 ABR 2016

El contenido de esta Tesis es única y exclusivamente responsabilidad de la autora.

(f)

Jaqueline Edith Herrera Alvarez

FIRMAS DE TESIS DE GRADO

(f) 
Jaqueline Edith Herrera Alvarez
SUSTENTANTE

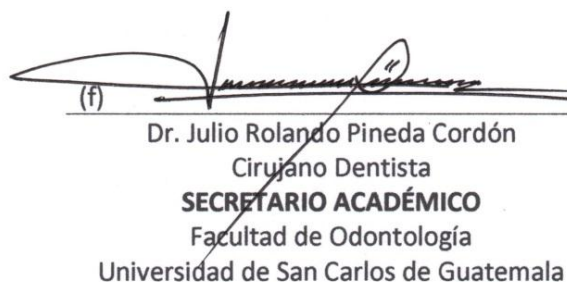
(f) 
Dra. Alma Lucrecia Chinchilla Almaraz
Cirujana Dentista
ASESORA

(f) 
Dr. Robin Fausto Hernández Díaz
Cirujano Dentista
PRIMER REVISOR
Comisión de Tesis



(f) 
Dr. Jorge Orlando Ávila Morales
Cirujano Dentista
SEGUNDO REVISOR
Comisión de Tesis

IMPRÍMASE
Vo.Bo.:

(f) 
Dr. Julio Rolando Pineda Córdón
Cirujano Dentista
SECRETARIO ACADÉMICO
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala



